

LES OVULATIONS DOULOUREUSES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Majer ROSEN

Né à Vilauea (Roumanie), le 23 Juin 1904

Examineurs de la Thèse :	{	MM. PERRIN, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges.</i>
		BINET, agrégé,		
		VERMELIN, agrégé,		
		JOB, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

✱

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

1933

LES OVULATIONS DOULOUREUSES

LES OVULATIONS DOULOUREUSES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Maier ROSEN

Né à Vilaucea (Roumanie), le 23 Juin 1904

Examineurs de la Thèse :	{	MM. PERRIN, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		BINET, agrégé,		
		VERMELIN, agrégé,		
		JOB, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

1933

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$;

WEISS, O $\star$, I $\odot$; BOUIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$;

GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$; P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\odot$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\odot$.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÉLICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHNSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, A $\odot$.
Hydrologie	M. SAINTENOISE, $\star$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Histoire naturelle et parasitologie ...	M. G. THIRY, $\star$, I $\odot$.

Chargés de Cours complémentaires :

Enseig. social de la tuberculose (1)..	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$, professeur.
Clinique des malad. tuberculeuses (1).	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses..	M. P. SIMONIN, I $\odot$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\odot$, agrégé.
Clin. gynécolog. et Patholog. externe.	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pro-pedeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, profes.
Cours d'embryologie et d'histologie..	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\odot$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, A $\odot$, docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice :

M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$.	M. GUILLEMIN, A $\odot$.
M. LAMY, $\star$, I $\odot$.	M. ABEL, $\star$, I $\odot$.
M. MUTEL, $\star$, I $\odot$.	M. DROUET, A $\odot$.
M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.	M. P. SIMONIN, I $\odot$.
M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	M. BINET, $\star$, I $\odot$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. RÉMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$.

L. JOB, $\star$, I $\odot$. M. FAIRISSE, I $\odot$

M. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.
La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
affection filiale et de ma reconnaissance infinie pour tout ce que
pendant de longues et dures années ils ont fait pour moi...

A MES SŒURS ET MON FRÈRE BIEN AIMÉS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ISIDORE

Au Docteur Joseph BERKOWITZ

Grand Banquier à Bucarest

J'exprime mes sentiments de respectueuse reconnaissance et d'attachement tout dévoué pour l'appui très précieux et pour l'intérêt tout particulier qu'il n'a jamais cessé de me témoigner.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PERRIN

Professeur de Thérapeutique et d'Hydrologie
Médecin de l'Hôpital-Sanatorium Villemin
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. le Docteur BINET

Professeur agrégé
Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Docteur VERMELIN

Professeur agrégé
Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Docteur JOB

Professeur agrégé
Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux
qui, par leur enseignement ou par leur exemple ont contribué
à ma formation médicale

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, nous sommes heureux de pouvoir nous acquitter d'un devoir bien agréable et d'apporter à la France le témoignage de notre reconnaissance profonde pour l'accueil chaleureux qu'elle nous avait réservé ; aussi nous en garderons toujours le meilleur souvenir...

Nous devons également des remerciements très vifs à M. le Professeur Louis Spillmann pour sa bienveillance particulière et pour ses leçons si claires et si intéressantes de « dermato-syphiligraphie » ; il est superflu de rappeler combien il a contribué à faire à l'étranger la grande réputation de la Faculté de Médecine de Nancy, dont il est l'excellent doyen.

Nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à notre Maître, M. le Professeur Lambert, pour son appui précieux et pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner ; nous lui exprimons nos sentiments d'admiration pour son enseignement des plus remarquables, et nous le prions de croire à notre attachement tout dévoué et respectueux...

Nous prions M. le Professeur Perrin d'accepter l'hommage de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury ; son enseigne-

ment de « Phtisiologie » et de « Thérapeutique » un exemple de clarté et d'exposition agréable, nous en avons apprécié l'utilité pratique considérable à l'occasion de plusieurs « remplacements » que nous avons assurés ; nous lui renouvelons nos remerciements pour son si aimable accueil qu'il nous a fait dans son service à l'hôpital Villemin.

Que M. le Professeur agrégé Binet, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, trouve ici l'assurance de notre profonde gratitude pour la constante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée et pour le cordial accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service de Gynécologie...

Qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de reconnaissance admirative à M. le Professeur agrégé Vermelin pour son enseignement théorique et pratique qui est d'une clarté et surtout d'une logique vraiment surprenante ; nous le remercions pour la sympathie qu'il nous témoigne en acceptant de juger notre travail...

Nous assurons M. le Professeur agrégé Job de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a porté et pour ses leçons très utiles ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments de sympathie pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury.

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous avons cru devoir rappeler :

dans le chapitre premier : les conditions histophysiologiques de l'ovulation chez la femme dont la connaissance est indispensable à la compréhension de la crise intermenstruelle ; pour la *même raison* nous consacrons :

le chapitre II : aux troubles de l'ovulation en général ;

Nous traitons dans le chapitre III : La crise intermenstruelle (ovulation douloureuse) ; symptômes.

Nous exposons dans le chapitre IV : Le diagnostic.

Et dans le chapitre V : L'Étiologie et la Pathogénie (historique).

Nous donnons dans le chapitre VI : Le traitement.

Font suite les « Observations ».

Nous tirons ensuite les « Conclusions ».

Un Index bibliographique termine notre travail.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL HISTO-PHYSIOLOGIQUE DE L'OVULATION CHEZ LA FEMME

Esquissons rapidement le processus de l'ovulation dont la connaissance est susceptible de contribuer beaucoup à la compréhension et à l'interprétation de plusieurs phénomènes de la vie sexuelle de la femme, et aussi à l'éclaircissement des « ovulations douloureuses » qui forment l'objet de notre thèse.

Pendant toute la durée de l'activité sexuelle, c'est-à-dire de la puberté jusqu'à la ménopause, l'appareil génital de la femme est le siège de modifications histologiques et fonctionnelles analogues à celles des mammifères, étudiées par Heape en 1897, et désignées par lui sous le nom de « Cycle Sexuel » ou « Cycle Oestrien » comprenant quatre périodes qui se succèdent :

1° Le « prooestrus » qui est la phase préparatoire au rut ;

2° L'« oestrus », qui correspond au rut ; c'est l'analogue de l'ovulation chez la femme ;

3° Le « postoeustrus », qui suit immédiatement le rut et qui est comparable à la menstruation de la femme ;

4° L'« anoestrus » ou « dia-oestrus », c'est la période intercalaire, la période de repos plus ou moins

longue suivant le nombre de cycles par an, n'existant pas chez les animaux où les cycles se succèdent sans interruption.

Ces modifications reviennent régulièrement à intervalles périodiques et se produisent toujours dans le même ordre suivant un rythme défini pour chaque espèce et avec des relations chronologiques constantes.

La fréquence et la durée des cycles varient suivant l'espèce. Chez la femme, les cycles se succèdent sans interruption, sauf en cas de grossesse, et chaque cycle dure normalement 28 jours. Chaque mois, un ovule mûrit en même temps que, sous l'influence des hormones ovariennes, les voies génitales se modifient pour se préparer à la nidation et à la gestation. Grâce à la rupture folliculaire, l'ovule est expulsé s'en allant à travers la trompe vers sa destinée ; à défaut de fécondation, se produit la menstruation, dont la signification est le rejet du matériel inemployé ayant été accumulé pour assurer la vie de l'œuf dans les premières phases de son développement ; et le cycle recommence.

Quelle est l'évolution des modifications histologiques s'opérant pendant ce temps ?

Les étapes du cycle des voies génitales sont commandées par le cycle ovarien, constitué lui-même par deux phases :

- 1) La phase folliculaire ;
- 2) La phase lutéinique qui suit immédiatement la première.

1° LA PHASE FOLLICULAIRE

Le follicule dont l'heure est venue (1), commence à augmenter de volume et fait bientôt saillie à la surface de l'ovaire.

En même temps, des modifications évolutives portent sur tous ses éléments constitutants :

1) L'ovule ;

2) La granuleuse formée par les cellules folliculeuses ;

3) L'enveloppe conjonctive appelée « thèque » qui comprend deux couches : l'une interne, constituée par des cellules volumineuses, et à type glandulaire ; l'autre, externe, est formée de fibres conjonctives disposées en strates concentriques tout autour de la thèque interne. En effet, l'ovule aboutit après plusieurs modifications et l'expulsion d'une moitié du noyau à devenir fécondable ; les cellules folliculeuses, de plates qu'elles étaient, deviennent cubiques, polyédriques, se multiplient, s'hypertrophient et se chargent d'enclaves ; une hypertrophie analogue se produit dans les cellules de la thèque. Un clivage se produit bientôt dans la masse des cellules granuleuses, et dans

(1) Les follicules primordiaux n'arrivent pas tous à maturation ; à la suite d'un processus destructif débutant déjà dans l'ovaire jeune, qui compte après la naissance des centaines de milliers de follicules et se continuant durant toute la vie, un grand nombre de follicules dégénère, s'atrophie, formant une masse jouissant très probablement d'un certain pouvoir physiologique et désignée sous le nom de glande interstitielle ; à la puberté, ils ne se comptent plus que par centaines de mille ; or, comme un seul ovocyte arrive à maturité par mois, trois cents à quatre cents seulement pourraient être utilisés pour assurer la reproduction.

cette fente s'accumule le « liquor folliculi » sécrété par les cellules, ou résultant de la liquéfaction d'une partie de celles-ci qui augmentant toujours de volume, finit par transformer le follicule en une vésicule ; à l'opposé du « stigma » par où se fera la déhiscence ovulaire, un amas de cellules folliculeuses « le cumulus proligère » entoure l'ovule qui s'échappera à la rupture, pendant laquelle l'ovaire est congestionné; c'est surtout la thèque interne qui l'est d'une façon remarquable. Cette rupture brusque s'accompagne d'une hémorragie provenant de nombreux vaisseaux de la thèque et la cavité folliculaire se remplit de sang.

2° LA PHASE LUTEINIQUE

Cette phase est caractérisée par la formation du « Corps Jaune », après une série de transformations s'effectuant dans le follicule vide. En effet, l'évacuation du « liquor » amène un plissement de la granuleuse, dont les cellules glissent les unes sur les autres, prolifèrent, augmentent de volume, acquièrent un caractère nettement sécrétoire, et sont envahies par les cellules thécales, présentant des signes de régression en même temps qu'elle est abordée par des vaisseaux capillaires qui entraînent des éléments conjonctifs. Ceux-ci s'organisent pour achever la formation du Corps Jaune, mais finissent par l'emporter ultérieurement sur les cellules épithéliales et par les étouffer, ce qui se produit plus rapidement en cas de non

fécondation et plus tardivement en cas de gestation ; les dernières traces de cette régression sont constituées par des amas jaunâtres ou blanchâtres : « les corpora albicantia ».

Le Corps Jaune, bien étudié par Sobotta, Beard, Born, Prenant, Villemin, Ancel et Bouin, Mulon, Winwarter, Loeb, Watrin, Wilfred-Shaw, Schickele, présente tous les caractères d'une glande à sécrétion interne ; sa coloration est due aux enclaves lutéiniques qui augmentent avec l'âge du Corps Jaune et semblent être un produit excrémentitiel à côté duquel existent d'ailleurs d'autres produits, comme la cholestérine, des phosphatides, des graisses, etc... dont on ignore la signification.

Le Corps Jaune :

- 1) inhibe la maturation ovulaire ;
- 2) intervient dans les modifications du tractus génital propres à assurer la nidation de l'œuf ;
- 3) tient sous sa dépendance le développement des glandes mammaires. Stolper, à la suite des patientes recherches, avec observation scrupuleuse des variations du pouls, de la tension artérielle, de la température, du métabolisme et des réactions à la pilocarpine ou à l'adrénaline pendant le prémenstruum et le postmenstruum, admet qu'il y a antagonisme entre l'hormone de la glande interstitielle qui serait vagotonique, et l'hormone du Corps Jaune qui viendrait périodiquement pendant le prémenstruum agir en sens contraire et rompre l'équilibre en faveur du sympathique, ce qui expliquerait les phénomènes sympathico-toniques de la crise prémenstruelle.

Les modifications cycliques de l'utérus et de l'ovaire au point de vue chronologique peuvent se résumer de la façon suivante :

UTÉRUS	OVAIRE
1 ^{er} -4 ^e jour. — Menstruum = destruction de la muqueuse hé-morragie menstruelle,	Régression du corps jaune.
5 ^e -15 ^e jour. — Postmenstruum = Phase de prolifération mu-queuse.	Développement d'un nouveau follicule.
16 ^e -28 ^e jour. — Intervalle et pré-menstruum = préparation de la muqueuse à la nidation. Phénomènes sécrétoires.	Ponte ovulaire suivie de la for-mation du corps jaune. Évolution du corps jaune.

Tandis que chez certains mammifères, c'est le coït qui conditionne la rupture du follicule et la formation du Corps Jaune, chez la femme l'ovulation est spontanée.

Quant au mécanisme de la rupture folliculaire, d'après Sainmont et Winiwarter, Guttmacher, c'est l'action des muscles lisses de l'ovaire qui intervient ; Schochet l'attribue à un ferment diastasique sécrété par les cellules folliculeuses ; Stockard et Clark font dépendre la déhiscence du follicule de la congestion ovarienne.

Généralement, on admet que la ponte ovulaire se produit vers le milieu du mois menstruel ; mais pour préciser dans quel jour exactement par rapport aux dernières règles, les opinions divergent.

Fraenkel établit qu'elle a lieu le quinzième jour du mois menstruel ; Ancel et Villemin, Sfameni la

placent au dixième ou douzième jour avant les règles; Halban et Schroeder, Miller la fixent au seizième ou dix-septième jour après le début de la menstruation; Pour Ruge, elle aurait lieu entre le premier et le quatorzième jour après les règles ; et pour Robert Meyer, au huitième jour. Schickele et Tschiderwahn admettent même que l'ovulation est possible n'importe quel jour du mois menstruel avec une prédominance toutefois pour la première semaine qui suit les règles, ce qui se confirme d'ailleurs par des cas de fécondation n'ayant eu qu'un seul coït, et alors c'est quand le coït a eu lieu dans la semaine qui suit les règles qu'il y avait le plus de grossesses.

L'intermenstruum (la période d'ovulation), est accompagnée par des poussées congestives, comme l'ont montré Bouilly (1897), Jourdain (1903), Stapfer (1912), etc... Ce dernier, par son habitude de massage gynécologique quotidien, a pu nous donner dans « Les Vagues Utéro-ovariennes », ses constatations qui sont d'une valeur extrême au point de vue chronologique.

D'après lui existerait toujours, chez toute femme, si normale qu'elle soit, une évolution cyclique de la circulation génitale, et la « crise intermenstruelle » serait la conséquence d'une déformation de cette évolution que nous allons schématiser brièvement.

1° Au cours du premier septénaire, c'est-à-dire pendant les règles, si toutes choses sont normales, l'utérus est — contrairement à l'opinion des auteurs classiques — diminué, les annexes introuvables, et les ligaments souples. Ces faits sont facilement vérifiables par le « toucher » pendant cette période.

2° Au cours de la deuxième semaine, la vague artérielle fait place à un molimen veineux : œdème pelvien, gros utérus, ovaire augmenté de volume, aggravation des prolapsus, irréductibilité des déviations...

Stratz nous rapporte, dans « Mittelschmerz und ovariele Dysmenorrhoe », l'observation de deux jeunes filles qui, dans la période intermenstruelle, ont au bas-ventre des douleurs durant deux ou trois jours, et chez qui, à l'examen, on trouvait un ovaire douloureux et gros...

3° Pendant la semaine suivante, une nouvelle vague artérielle se produit : dilatation d'artères, contraction des veines, apaisement des lésions génitales, dégorgeement des tissus...

4° Au cours du quatrième septénaire, on observe un second molimen avec empâtement pelvien qui aboutit à la fluxion active cataméniale...

D'ailleurs, déjà, Marion Marsh (1897), avait attiré l'attention sur l'existence de deux vagues correspondant, l'une à la ponte, l'autre à la menstruation.

Aussi, pour Van de Velde, il se produit au milieu du mois une phase d'hypotension générale, d'où congestion veineuse, et cette hypotension chez les patientes gynécologiques est surtout accentuée dans la zone génitale.

Normalement, le système nerveux végétatif, qui préside à l'évolution régulière du cycle menstruel, semble rester indifférent aux phénomènes mécaniques et vasculaires qui marquent les différentes étapes du cycle ovarien et du cycle utérin, de la sorte que :

1) La distension momentanée de l'ovaire résultant de l'évolution du follicule de Graaf ;

2) La congestion accompagnant la ponte, aussi bien que

3) L'évolution prémenstruelle de la muqueuse utérine, ne provoquent ni douleurs, ni malaises sérieux.

Donc, si la femme souffre pendant la période d'ovulation ou présente d'autres symptômes de la « crise intermenstruelle », c'est très probablement un phénomène pathologique (1).

En effet, tandis que, d'après Jourdain et aussi pour Dalché, il s'agirait d'un phénomène excessivement fréquent, Siredey, par contre, suscitant à ce sujet la thèse de Mlle Popelin (1914), admet que la crise intermenstruelle est beaucoup plus exceptionnelle qu'on ne le dit, et pour lui comme pour Bouilly, il y a toujours un état pathologique appréciable chez les femmes qui présentent ces accidents.

Mlle Popelin, sur 1.521 femmes examinées à ce point de vue, n'en a trouvé que 75, soit 5 %, qui accusaient à un degré quelconque un malaise qui puisse se rapporter à une crise intermenstruelle.

Brière de Boismont, parlant des règles intercalaires, évalue leur fréquence à 1 % des femmes seulement.

Ces divergences d'opinion, Cotte les explique par le fait qu'on n'a pas fait assez la part des phénomènes

(1) Rappelons que l'intrication du physiologique et du pathologique dans la vie génitale de la femme est très fréquente et qu'il est souvent impossible de dire si un état donné est encore physiologique ou déjà pathologique.

physiologiques ou des accidents pathologiques qui peuvent masquer l'ovulation.

Il est vrai qu'en recherchant les vaques utéro-an-nexielles, à l'exemple de Stapfer, l'examen à intervalles rapprochés d'un certain nombre de femmes pendant la période intermenstruelle révélera chez beaucoup une augmentation du volume de l'utérus, en rapport avec l'ovulation ; mais cette poussée congestive, physiologique, n'a rien à faire avec la crise intermenstruelle, qui se déclanche évidemment au même moment, mais qui diffère de celle-ci pour les malaises très particuliers dont elle s'accompagne.

CHAPITRE II

TROUBLES DE L'OVULATION

Bien des maladies, locales et générales, et même un certain nombre de circonstances hygiéniques et physiologiques peuvent troubler le cycle ovarien, et par conséquent aussi le fonctionnement des autres parties du tractus génital qui sont, comme nous le savons, sous sa dépendance, et devenir ainsi le point de départ d'affections gynécologiques diverses.

Très considérable est, en effet, la sensibilité de l'ovule aux divers facteurs morbides et même physiologiques, qui, agissant d'une façon intense ou plus prolongée, déterminent des lésions ovulaires, et, par contre-coup, des lésions folliculaires ; le tissu ovarien a une grande affinité pour certaines substances toxiques, et les expériences de Matchinski et de Physalix à ce point de vue, sont très démonstratives.

Passons rapidement en revue les divers facteurs qui peuvent influencer plus ou moins sur l'ovulation.

1° La *nutrition* : aussi bien

a) par sa quantité — comme le démontrent les recherches de Champy sur la spermatogénèse et les faits analogues observés pour l'ovaire — que

b) par sa qualité, comme par exemple la carence des vitamines « A », liposoluble, étudiée par Evans et Bishop, et des autres vitamines.

2° *Les circonstances thermiques et climatiques :*

Tandis que, chez les rates, l'allongement des cycles oestruaux est proportionnel à l'importance du froid extérieur, chez les femelles de *Drosophila*, au contraire, les ovaires deviennent moins gros, et le nombre d'ovocytes diminue. Quant à la femme, l'hiver supprime quelquefois la menstruation, probablement en inhibant l'ovulation. Au Groënland et en Islande, les femmes, et surtout les filles, sont sujettes à la suppression des règles. En Angleterre, on observe fréquemment des faits analogues, surtout chez certaines femmes faibles, et quand les règles sont supprimées, l'hiver, tous les efforts restent en général inutiles jusqu'au commencement de l'été (Vignes).

3° *Les glandes endocrines :*

L'hormone ovarienne pouvant être troublée dans sa composition chimique et dans son mode d'action déterminera une ovulation défectueuse ; mais aussi les autres glandes endocrines, comme la thyroïde, l'hypophyse, la surrénale, etc., dont on connaît l'action sur les vaisseaux peuvent intervenir pour renforcer ou neutraliser l'action de l'ovaire et retentir de la sorte sur l'ovulation. On fait à présent des recherches très intéressantes sur le rôle de l'hypophyse dans l'ovulation, qui serait déclanchée par l'hypophyse ; on essaie de traiter certaines aménorrhées avec l'ex-

trait du lobe antérieur de cette glande, souvent avec succès.

4° *Les pratiques sexuelles :*

Dans un certain nombre d'espèces animales (chatte, lapine, etc...) c'est le coït qui provoque l'ovulation, et chez les espèces où l'ovulation est spontanée, c'est peut-être à la suite de la cohabitation des sexes et de la provocation au coït ; rappelons les cas assez fréquents des jeunes filles qui ne commencent à être réglées qu'après le mariage ; il paraît que les rapports sexuels hâtent la maturité et la ponte des ovules ; les religieuses sont réglées pauvrement et irrégulièrement, ou pas du tout ; récemment, Frank Davis a formulé comme importante règle d'hygiène sexuelle que les filles ne devraient pas avoir pendant les règles compagnie d'hommes, autres que ceux de leur famille, ni faire de musique.

En effet, l'influence de la musique sur l'activité fonctionnelle des ovaires est toute spéciale. Voici ce que Gallard a dit à cet égard :

« Il est incontestable que les impressions vives,
« que les sensations profondes, et toutes particulières
« éprouvées par certaines natures accessibles aux
« charmes de l'harmonie, ont pour effet, par leur ré-
« pétition fréquente, de modifier puissamment l'im-
« pressionnabilité du système nerveux. Les jeunes
« musiciennes deviennent à leur insu plus rêveuses,
« plus tendres, éprouvent un instinctif besoin de sen-
« timents affectifs et de dévouement. N'est-il pas natu-
« rel que ces phénomènes d'ordre psychique reten-

« tissent d'une façon marquée sur l'appareil génital
« tout entier, et déterminent la maturation plus pré-
« coce des follicules ovariens, et l'apparition plus
« hâtive des règles ?

« Il est d'ailleurs un fait d'observation bien connu
« qui vient confirmer cette manière de voir, et révè-
« ler l'influence de la musique sur l'activité fonction-
« nelle des ovaires, c'est le sentiment irréfuté, qui
« porte un certain nombre de jeunes filles à s'épren-
« dre, non pas seulement de leur accompagnateur
« habituel, mais tout simplement de leur professeur
« de chant ou de piano, avant même d'être parvenues
« à l'époque de la puberté, et parfois à vouloir, en
« dépit de toutes les résistances de leur famille, l'é-
« pouser aussitôt qu'elles peuvent songer au mariage.
« Ainsi s'expliquent certaines unions qui causent sou-
« vent une grande émotion parmi les gens du monde
« sans étonner le physiologiste ».

Des faits analogues s'observent aussi chez les ani-
maux, et Raciborski relatait la curieuse expérience
sur deux jeunes éléphants du Jardin des Plantes, âgés
de seize à dix-sept ans, et qui, par conséquent, n'a-
vaient encore éprouvé aucun des symptômes du rut,
qui se montre d'ordinaire dans cette espèce, vers vingt
à vingt-cinq ans. On leur fit entendre, à la ménage-
rie, un concert exécuté par un orchestre dont ils ne
pouvaient apercevoir les musiciens. Sous l'influence
de la mélodie, à laquelle ils parurent très sensibles,
les deux animaux donnèrent des signes non équivo-
ques d'excitation génitale ; mais le jeune mâle, trop
novice encore, ne se rendit pas suffisamment compte

des sensations amoureuses qu'il éprouvait, et malgré l'intelligence plus précoce, et le bon vouloir évident de la femelle, dont les avances furent aussi significatives que possible, le résultat désiré ne fut pas obtenu.

Dans cet ordre d'idées, on peut interpréter l'aménorrhée d'un grand nombre de jeunes filles, bien portantes d'ailleurs, placées dans des maisons d'éducation ; malgré la nourriture très suffisante et la bonne hygiène, leurs règles se suppriment souvent, et ne réapparaissent qu'après être rentrées chez elles, en vacances, pour se supprimer de nouveau après le retour au pensionnat ; on s'explique cela par le fait que la jeune pensionnaire trouve plus de liberté dans sa famille, plus de distractions, plus d'excitations ; la fréquentation du monde, les soirées, la danse, la musique, la lecture sont autant de plaisirs qui retentissent sur l'organisme tout entier de la jeune fille... Elle arrive en un mot à un état qui est la santé, comparé à l'état dans lequel elle se trouvait en pension.

5° Des *facteurs nerveux et psychiques* agissant probablement par l'intermédiaire de la circulation locale peuvent influencer sur le travail ovarien.

A l'innervation des organes génitaux, comme pour certains autres organes, l'œil, le tube digestif, la vessie... concourent le sympathique et le parasympathique dont les effets sont antagonistes : un système commande, l'autre inhibe. Tandis que le plexus hypogastrique est vaso-constricteur, le nerf pelvien est vaso-dilatateur, ainsi que l'ont montré Langley et

Anderson en 1895. Ludwig Kraul admet que le fonctionnement ovarien est réglé par le jeu du sympathique et parasympathique, dont le premier inhibe la croissance du follicule, et le deuxième l'accélère. Une excitation anormale du vague entraîne une maturation déréglée des follicules et production de kystes folliculaires. Le sympathique, au contraire, est synergique du corps jaune.

C'est de l'antagonisme des deux que dépendrait le fonctionnement physiologique de l'ovaire (1). A la suite des travaux de Hess et Eppinger, la théorie physiologique de l'équilibre vago-sympathique a envahi

(1) D'après ce que nous venons de dire, c'est le couple nerveux végétatif qui règle, par son jeu antagoniste la croissance du follicule, et tandis que le sympathique l'inhibe, le vague, au contraire, l'accélère ; mais il est plus rationnel d'admettre que ce sont plutôt les sécrétions de l'ovaire qui commandent le système nerveux, ce couple végétatif, pour mettre la circulation pelvienne en harmonie avec le fonctionnement génital. Nous savons que l'injection du liquide folliculaire provoque chez l'animal une hyperémie intense de tout le tractus génital, et détermine du côté de l'utérus et du vagin les modifications structurales qui accompagnent le rut ; d'autre part, on sait que la castration s'accompagne souvent d'une hypertension assez accusée. Grainicianu admet que l'extrait d'ovaire a une action hypotensive sur le sympathique qui serait due à une action directe sur les vaso-dilatateurs et provoquerait une congestion active, car, si l'on supprime les vaso-constricteurs avec une injection préalable d'atropine, on voit que l'injection d'extrait d'ovaire agit encore sur la vaso-dilatation.

Ainsi, la greffe ovarienne, fournissant les extraits, donne de l'hypotension, de la congestion.

Aussi, d'après Guillaume et Codet, Hoffmann, dans les deux phases alternantes de vagotonie et sympathicotonie qui forment le cycle menstruel, c'est le follicule en voie de maturation qui excite le vague tandis que le Corps Jaune est frénateur du vague et exciteur du sympathique.

D'ailleurs, on comprend qu'en vue des rapports fonctionnels très étroits existant entre glandes à sécrétion interne, système nerveux et circulation, ceux-ci s'influencent mutuellement, et que les modifications de l'un retentissent sur les autres.

le domaine pathologique, et les concepts de vagotonie et sympathicotonie ont pris une grande importance. Bien des accidents et des malaises observés en gynécologie, aussi bien que dans les autres domaines, donne l'impression d'un déséquilibre entre l'action du sympathique et celle du parasymphatique.

Bien que nos connaissances à cet égard soient encore très incertaines, et qu'une partie des phénomènes génitaux puisse se dérouler sans participation du système nerveux central (comme le démontrent les expériences sur des chiennes où la moelle n'était pas indispensable à l'ovulation et à la nidation), il n'en est pas moins vrai que le système nerveux cérébro-spinal et le psychisme peuvent considérablement influencer sur la sensibilité et le système vaso-moteur.

On connaît les suppressions, plus ou moins prolongées de règles observées assez fréquemment chez les hystériques, qui perdent d'ailleurs beaucoup de leur importance au milieu de tous les autres troubles si marqués des diverses fonctions qui caractérisent cette névrose.

Quant à l'importance de l'influence du psychisme sur le travail ovarien, nous rappellerons l'aménorrhée par « peur de gestation ». Il s'agit des femmes qui, à la suite d'une faute secrète, sont terrifiées par la crainte de la possibilité d'une grossesse venant révéler à tous l'entraînement coupable auquel elles ont succombé. Généralement, il s'agit plutôt de retard des règles, mais qui n'en paraissent pas moins bien longs aux malheureuses femmes torturées par une angoisse cruelle et qui comptent avec effroi les jours

et les heures écoulés depuis l'instant où leurs règles auraient dû paraître, confirmant à chaque minute davantage dans la conviction d'une grossesse accusatrice.

Quoi de surprenant, dit Raciborski, qui a beaucoup insisté sur cette aménorrhée, qu'une impression morale aussi profonde puisse opérer sympathiquement dans les ovaires une espèce de syncope en paralysant pour quelque temps les appareils érectiles qui se préparaient à entrer en mouvement pour le besoin de l'organe menstruel. Tout cela se comprend facilement par l'action du grand sympathique sur les nerfs vaso-moteurs de l'ovaire.

Il compare l'état de ces femmes à certains états nerveux résultant d'une préoccupation morale, qui paralysent parfois chez les hommes les mieux constitués la puissance génésique dans des circonstances où ils désireraient au contraire le plus ardemment faire preuve de toute la vigueur dont ils sont doués. S'il est indéniable que, chez l'homme, le sang refuse parfois de s'accumuler dans les corps caverneux sous l'influence d'une préoccupation de l'esprit, et qu'il existe par ce fait une sorte d'anaphrodisie temporaire, il semble naturel d'admettre que des causes d'ordre analogue peuvent déterminer l'anémie momentanée de l'ovaire ou de la muqueuse utérine, et les règles, après un retard de plusieurs jours, feront enfin leur apparition ou resteront même supprimées pendant neuf mois.

Un autre exemple nous est donné par les aménorrhées psychiques dans les « grossesses nerveuses ».

Ce sont des femmes désirant ardemment une grossesse, mais sans pouvoir en obtenir une, ce qui les préoccupe tout le temps, et chez lesquelles, sans qu'elles soient enceintes, les règles se suppriment, en même temps que d'autres symptômes de gestation commencent à paraître, faisant croire à une grossesse, jusqu'au jour où la réalité décevante lui découvrira l'erreur.

Un troisième exemple serait l'influence de la musique, dont nous avons parlé plus haut.

6° La présence d'un hématome intrafolliculaire ou intralutéinique consécutif à une hémorragie un peu plus abondante dans la cavité du follicule après la rupture peut troubler le fonctionnement ovarien ; ces hémorragies, d'ailleurs, s'accompagnent souvent de douleurs, et de réaction péritonéale et déterminent ainsi une gêne de l'ovulation.

7° Un follicule évoluant d'une façon anormale et échappant à la rupture, entraîne l'absence de formation du corps jaune et l'ovulation peut devenir, à partir de ce moment, désordonnée et irrégulière.

8° La persistance anormale d'un corps jaune peut bloquer l'ovulation et les corps atrésiques, lorsqu'ils constituent une masse importante, peuvent agir de même.

9° Les diverses maladies : tuberculose, cachexie, paludisme, diabète, arthritisme, intoxication (morphine); infections du voisinage, localisations ovariennes des infections générales, les maladies aiguës, etc., retentissent sur l'ovaire.

Ces divers facteurs peuvent agir isolément ou combiner leurs effets des façons les plus variables.

Avant de finir ce chapitre, nous citerons quelques exemples curieux des troubles d'ovulation d'un autre ordre, consistant dans une ponte ovulaire trop hâtive, survenant déjà chez des petites filles de quelques mois même et dont on ignore les raisons.

Stoltz relate un fait rapporté par un médecin de Lyon, Comarmond. Il est relatif à une petite fille de trois mois, qui présentait un développement extraordinaire des mamelles, ayant causé l'inquiétude de ses parents, et chez laquelle les parties génitales se couvrirent de poils noirs abondants. Bientôt les règles commencèrent à couler comme chez une femme pubère, et se montrèrent régulièrement tous les mois. Les mamelles continuèrent à se développer et, à vingt-sept mois, elle présentait tous les signes physiques de la puberté.

Des faits analogues ont été publiés par Puech.

1) Une petite fille de sept ans, haute de quatre-vingt deux centimètres, était menstruée tous les quatre mois depuis l'âge de sept mois. Les seins de cette enfant aussi développés que ceux d'une jeune fille pubère, avaient commencé à faire saillie dès la deuxième année ; les grandes lèvres de la vulve, chargées de graisse étaient velues ; le mont de Vénus glabre.

2) Une enfant de trois ans et demi, chez laquelle depuis l'âge de deux ans et demi, était apparue une hémorragie par les voies génitales, revenant périodiquement toutes les trois ou quatre semaines ; les

seins étaient assez développés, et les parties sexuelles couvertes de poils follets.

Dans un cas publié par le docteur Harrisson, les règles s'étaient montrées à partir de quatre ans et demi ; et, dans un autre, James Young a vu l'écoulement sanguin apparaître à l'âge de sept ans.

Tout récemment, dans le service du Professeur Froelich, nous avons vu une enfant de quatre ans, dont les règles étaient apparues à trois ans et demi, et présentaient tous les caractères sexuels secondaires : seins d'une jeune fille pubère, toison pubienne, etc...

De plusieurs autres cas de ce genre épars dans la littérature, nous citerons encore une curieuse observation rapportée par Puech, et recueillie par Molitor. Il s'agit d'une petite fille venue au monde avec le pubis couvert de poils noirs, chez laquelle les règles débutèrent à quatre ans, et dont le corps tout entier présente peu après un développement correspondant à la puberté.

A huit ans, à la suite de rapports sexuels fréquents avec un homme de trente-deux ans, elle fut atteinte d'ictère, accompagné de tous les signes d'un embarras gastrique ; ces accidents disparurent bientôt en partie, mais l'inappétence, les appétits bizarres, les nausées et les vomissements persistèrent. Peu après, elle tomba sérieusement malade. On apprit alors que, à la suite d'une suppression des règles ayant duré trois mois, elle avait eu une perte abondante de sang coagulé, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre et les parties génitales. Les seins étaient gonflés, dou-

loueux, et, à l'hypogastre, existait une tumeur oblongue, douloureuse, inclinée à droite. L'index, introduit par le vagin très étroit et court, permet de constater le développement de l'utérus formant tumeur au-dessus du pubis; deux mois après la malade était encore faible, sujette de temps en temps à des pertes sanguinolentes; l'abdomen était encore sensible, lorsque se fit l'expulsion d'une masse informe, du volume de deux poings, constituée par des fausses membrane et des caillots noirâtres ; au milieu se trouvait un embryon disposé en demi-cercle, ayant trente-cinq millimètres de longueur et pesant de quatorze à quinze grammes ; son développement correspondait à la troisième semaine de la grossesse.

Voilà un exemple remarquable, non seulement de puberté précoce, mais aussi évident de ponte ovulaire hâtive puisque la conception a pu se produire.

D'autre part, dans certains cas, l'ovulation pourrait continuer même plusieurs années après l'arrêt définitif du flux catamenial, ce qui explique les grossesses tardives. On trouvera tous les détails à ce sujet dans les grossesses tardives après 50 ans, Thèse de Nancy 1930, faite par Vaïssbuch, sur l'inspiration de M. le Professeur Vermelin.

CHAPITRE III

LA CRISE INTERMENSTRUELLE ⁽¹⁾

L'OVULATION DOULOUREUSE AVEC EXISTENCE
CONCOMITANTE FRÉQUENTE DE PERTES
ET D'AUTRES PHÉNOMÈNES

SYMPTOMES

A des troubles d'ovulation est liée la dysménorrhée intermenstruelle d'autrefois, et qu'on désigne depuis Dalché (1912) par le nom de « Crise intermenstruelle » (Mittelschmerz des Allemands ; intermenstrual pain des Anglais). En effet, sous l'influence des travaux de Fraenkel, d'Ancel et Villemin, etc..., Stapfer avait admis la contemporanéité de la crise intermenstruelle et de la ponte ovulaire.

La crise est caractérisée par deux éléments principaux, douleurs et pertes, qui coexistent d'habitude ou se manifestant isolément — ce qui est plus rare — peuvent affecter les plus diverses variétés ; en outre, on note, lors de la crise, d'autres phénomènes : une

(1) Il nous semble plus rationnel de faire l'étude d'ensemble des accidents caractérisant la crise intermenstruelle consécutive à une ovulation défectueuse où la douleur n'est qu'un des éléments du syndrome.

poussée congestive appréciable par le toucher, le changement de coloration des muqueuses génitales, avec sensation de chaleur à la région génitale, de l'érythysme nerveux avec modification du métabolisme (telle que fièvre d'un jour (1) dans un cas de Van Voornveld) (Vignes) ; ce sont, comme l'a écrit Courty, des signes de molimen et fluxion utérine rappelant en raccourci le tableau de l'époque menstruelle ; mais le caractère essentiel, dominant de la crise, c'est la régularité parfaite avec laquelle elle se reproduit tous les mois, vers le milieu de l'intervalle intermenstruel, et de plus, est-il un fait à peu près constant, qu'elle revêt ordinairement le même type chez la même malade, tandis qu'elle varie dans sa forme et dans son intensité d'une femme à une autre.

Généralement, il s'agit de femmes de souche arthritique ou nerveuse, encore jeunes, au voisinage de la trentaine, possédées par un désir ardent de maternité, sans avoir jamais eu de grossesse, ou plus rarement des uni- ou des multipares ; mais en ce cas, la grossesse remonte toujours à plusieurs années ; leurs organes génitaux, quoique paraissant cliniquement sains, n'en présentent pas moins, — ainsi que Bouilly l'avait montré — des signes de sclérose en évolution.

Réglées souvent à date fixe, et souvent même sans que les époques menstruelles soient troublées dans leurs manifestations, elles sont prises vers le quator-

(1) D'après Bouilly, la fièvre fait totalement défaut, et dans un seul cas où il l'a constatée, c'était à la suite d'une poussée d'annexite venant compliquer l'accès intermenstruel.

zième jour du mois menstruel, brusquement, en pleine santé, des douleurs dans la région ovarienne, hypogastrique ou lombaire. Ces douleurs, assez vives souvent pour condamner la malade au repos, s'accompagnent habituellement de pertes blanches, d'hyrorrhée, ou souvent même d'un flux franchement hémorragique, ayant le caractère de l'écoulement menstruel; si les pertes blanches existaient déjà auparavant, elles se trouvent exagérées pendant toute la durée de la crise.

L'accès est d'intensité et de durée variables ; et en général, si les poussées douloureuses sont moins aiguës, elles sont alors plus prolongées. Ordinairement, il cesse au bout de un à deux jours ; d'autres fois, il ne dure que quelques heures — comme une malade de Sorel qui pouvait, après une indisposition de quelques heures, aller à une fête sans qu'on ait pu se rendre compte de ce qui s'était passé — ou inversement, il se prolonge jusqu'aux règles, et ne disparaît qu'avec elles. Quant à la date exacte de l'accès par rapport au début des règles les opinions sont partagées. Pour Schickele, par exemple, les douleurs intermenstruelles ne se présentent pas exactement entre les deux époques, mais plutôt dans la huitaine qui précède le quinzième jour ; cependant, un grand nombre d'observateurs, Priestley, Fashender, Stapfer, Havelock, Ellis, Stores, etc..., sont très affirmatifs pour signaler la fréquence de ces accidents au quatorzième jour du mois menstruel, ou au voisinage de ce jour ; mais on comprend très facilement que la crise puisse varier dans la date d'apparition, car cette dernière

est subordonnée à l'évolution du follicule. Donc, si celui-ci n'arrive à complète maturité qu'avec un certain retard, ou inversement avec de l'avance, la crise sera plus tardive dans son apparition, et plus prolongée ou respectivement trop avancée.

En tous cas, la crise fait totalement défaut après la ménopause.

Nous devons rappeler que tous ces accidents que nous venons de signaler sont sujets, quoique très rarement, à des variations de leur modalité. Ainsi, par exemple — contrairement à ce que nous avons écrit plus haut (page 36) — chez la même malade, l'intensité de la crise peut être constante, ou il peut même se passer des intervalles sans qu'elle se montre ; il y a des femmes chez lesquelles ces troubles se montrent seulement pendant quelques mois et disparaissent sans raisons évidentes (Obs. II et obs. XXVI) ; ou inversement, ils peuvent persister de nombreuses années, subissant des rémittences ou intermittences.

Revenons en détail sur chacun des symptômes essentiels : douleur et écoulement.

1° DOULEUR

La douleur, coexistant dans le plus grand nombre des cas avec des pertes, ne fait presque jamais défaut, et il arrive qu'elle domine à elle seule la crise ; très souvent même elle constitue la seule manifestation de l'accès.

Le début des douleurs est presque toujours subit, en pleine santé. D'intensité très variable, elles peuvent

être très légères, à peine appréciables, et la malade n'accuse qu'une sensation de tension et de gêne dans le bas-ventre, tandis que dans d'autres cas elles sont violentes, intenses, se traduisant sous forme d'élançements continus ou intermittents, accompagnés quelquefois de nausées, maux de tête, et sensation de froid, et condamnent la femme au repos, ou même au lit.

Certaines femmes sont même amenées à user de fortes doses de morphine et de bromures pour soulager leurs douleurs qui, parfois, résistent aux traitements les plus variés, et qui, par leur ténacité et leur persistance, arrivent à mettre ces malades dans un état voisin de la mélancolie et de la neurasthénie. Remarquons tout de suite que l'intensité des phénomènes est loin d'être en rapport avec le degré minime des lésions ovariennes, dont les malaises se trouvent largement amplifiés par le terrain neuro-arthritique... comme nous le montrons dans le chapitre V : Etiologie et pathogénie.

Le siège de la douleur est habituellement dans la région ovarienne où elle ne reste d'ailleurs pas constamment localisée, et se propage vers les régions avoisinantes avec tiraillements dans la région lombaire, et lourdeur dans le périnée ; mais on l'a constatée aussi dans l'hypogastre seul ou sur la ligne médiane. Il n'y a pas de prédilection pour le côté gauche, comme le disait Bouilly, car on la constate indifféremment à droite et à gauche, probablement suivant le côté où se fait l'ovulation — et, dans l'observation de Sorel, elle débute quarante-trois fois dans le côté droit, et trente-deux fois dans l'autre.

2° ECOULEMENT

Le deuxième phénomène de la crise, c'est l'apparition hors des organes génitaux d'un écoulement, sous forme de pertes blanches, de sang ou d'hydrorrhée, coexistant d'habitude avec des douleurs ou précédées d'elles, ce qui est plus rare. A l'opposé des pertes blanches ou rouges, l'hydrorrhée s'observe beaucoup moins fréquemment.

Le début est presque toujours brusque, et la femme est prise sans raisons spéciales, de flueurs blanches de quantité variable, mais toujours assez gênantes pour attirer son attention, et si des pertes existaient déjà auparavant, elles s'exagèrent beaucoup et deviennent très abondantes. La nature des pertes est très variable, ordinairement, ce sont des sécrétions épaisses, glaireuses, ressemblant à celles des femmes souffrant de leucorrhée, et vers la fin de la crise, elle sont souvent rosées, striées de sang, dans d'autres cas, la femme rejette du sang pur, ayant le caractère du sang menstruel, sous forme d'un simple suintement, ou d'une véritable hémorragie.

Cet écoulement glaireux, ou franchement sanguin, dure quelques heures ou deux ou trois jours ; mais quelquefois il persiste plus d'une semaine, ou se prolonge même jusqu'aux règles suivantes, constituant une véritable infirmité, obligeant les femmes à se garnir, les dérangeant dans leurs sorties et leurs occupations, les gêne dans leurs rapports conjugaux, et les amène facilement à un véritable état d'agacement et

d'hypochondrie. L'écoulement revient à la même époque de l'intervalle intermenstruel suivant, offrant quelquefois des rémittences, mais plus rarement des intermittences.

Quant à l'hydrorrhée, elle survient généralement brusquement, et la femme est inondée tout d'un coup, sans raisons appréciables, d'un flot liquide qui se reproduit plusieurs fois dans la journée, à intervalles plus ou moins éloignés, sous forme d'une véritable éjaculation, où une sorte de décharge aqueuse. Dans des cas exceptionnels, la femme est mouillée par un suintement continu durant deux ou trois jours, ou même plus.

Le repos est sans influence sur l'écoulement, et Bouilly a même remarqué que certaines femmes perdent plus la nuit que le jour. Le liquide hydrorrhéique est séreux, clair, ilmpide, peu visqueux, empesant fort peu le linge et ne laisse presque pas de traces après dessiccation ; très âcre, il irrite les grandes lèvres et la peau de la partie interne des cuisses, en y déterminant des cuissons et des élancements douloureux, si la femme ne prend pas les soins de propreté qu'exige une telle infirmité.

Outre ces formes franches, aiguës, il y en a une autre, beaucoup plus commune, mais moins connue, parce que les accidents sont masqués par des troubles dépendant des lésions plus ou moins marquées de l'utérus et des annexes, et qu'il faudrait savoir rechercher et dépister pour pouvoir instituer le traitement approprié. Campenon a beaucoup insisté sur cela ; « Il s'agit de femmes qui se plaignent de douleurs dans le

bas-ventre, et accusent de la leucorrhée. Les douleurs augmentent d'intensité pendant les règles qui reviennent, cependant, à date fixe ; mais l'écoulement menstruel est abondant, et dure environ une semaine ; souvent, des douleurs expultrices coïncident avec l'expulsion de petits caillots compliquant le tableau de l'époque. Ce sont généralement des femmes atteintes de métrite ou de déviation utérines. Mais, si on les interroge plus attentivement, on apprend souvent que, vers le milieu de l'espace intermenstruel, la douleur devient brusquement plus intense, en même temps que l'écoulement leucorrhéique s'exagère, et se colore en rose par la présence de quelques stries de sang.

Il survient parfois des douleurs expultrices, le tout rappelant le tableau des règles, mais moins accentué, et durant à peine deux à trois jours. C'est la forme atténuée, légèrement ébauchée, qui est méconnue si l'on ne se livre à un examen minutieux, patient, des symptômes que présente la malade.

Quant aux accidents caractérisant la crise, Cotte distingue au point de vue clinique deux types principaux :

1° Le type utérin ;

2° Le type ovarien.

« 1° *Le type utérin*, correspond à ce qu'on décrit « sous le nom de congestions frustes intermenstruelles. Il est caractérisé, avant tout, par les accidents « bien connus de la congestion utérine, auxquels se « surajoutent souvent des signes de plexalgie hypogastrique, avec cystalgie et ténésme anal. Il est particulièrement fréquent chez les femmes dont l'uté-

« rus présente des signes d'hypoplasie avec anté-
« flexion..

« 2° *Le type ovarien* se traduit surtout par des si-
« gnes de plexalgie lombaire. Pendant toute la durée
« de l'ovulation, la malade ressent une douleur pro-
« fonde dans le bas-ventre, tantôt à droite, tantôt à
« gauche, suivant le côté où se fait l'ovulation. Cette
« douleur, difficile à localiser exactement, s'accompa-
« gne de tiraillements dans les reins, d'irradiations à
« la face interne des cuisses.

« Elle en impose souvent pour une appendicite ou
« pour une annexite, et ceci d'autant mieux qu'on sent
« parfois l'ovaire en fonctionnement augmenté de vo-
« lume... Dans les deux types, on peut voir la crise
« intermenstruelle s'accompagner d'un écoulement
« leucorrhéique plus ou moins abondant, parfois mê-
« me de règles de quinzaine ».

Pour les diverses femmes des vingt-six observations,
nous grouperons :

- 1° L'âge ;
- 2° La nature des accidents intermenstruels ;
- 3° Leur date d'apparition par rapport au *début* des
règles ;
- 4° Leur durée.

Obs. II. — 30 ans. Vive douleur abdominale. 14 jours.
2 heures.

Obs. III. — 32 ans. Douleur abdominale ; garde le lit.
Milieu de l'intervalle intermenstruel. 1 jour.

Obs. IV. — 24 ans. Douleur abdominale droite. 12-15
jours. Quelques heures.

Obs. V. — 33 ans. Douleur à crier en s'asseyant, surtout dans le fondement et dans le pubis, pertes blanches abondantes. 15 jours. 2 jours.

Obs. VI. — 29 ans. Douleurs dans la région ovarienne droite. Pertes sanguines. 15 jours. 2 jours.

Obs. VII. — 23 ans. Douleurs très vives hypogastriques, lancinantes, irradiant vers les reins ; repos au lit ; écoulement blanc, glaireux, survenant par intervalles dans la journée. 12-15 jours. 3 jours.

Obs. VIII. — 27 ans. Douleurs dans la région ovarienne droite avec nausées ; hydorrhée intermittente et abondante. 15 jours. 2 jours.

Obs. IX. — 31 ans. Douleur violente dans la région hypogastrique, pesanteur dans les reins et le fondement ; augmentation des sécrétions utérines. 15 jours. 1 jour.

Obs. X. — 38 ans. Perte de sang peu abondante intermenstruelle. 15 jours. 2 jours.

Obs. XI. — 24 ans. Douleurs ; leucorrhée ; mélancolie. 14-15-16 jours.

Obs. XII. — 32 ans. Douleur ; pertes sanguines. Milieu de l'intervalle intermenstruel.

Obs. XIII. — 18 ans. Douleur très vive, tantôt à droite, tantôt à gauche. 14-15 jours.

Obs. XIV. — 35 ans. Douleur vive à gauche ; pertes sanguines ou liquide clair. 15 jours.

Obs. XV. — 25 ans. Douleur à gauche. 15 jours.

Obs. XVI. — 31 ans. Douleurs. 17 jours. 2-3 jours.

Obs. XVII. — 28 ans. Douleur ovarienne gauche, écoulement épais. 12-13 jours.

Obs. XVIII. — 33 ans. Ecoulement, douleurs.

Obs. XIX. — 23 ans. Douleurs légères, sang. Milieu de l'intervalle intermenstruel. 1-2 jours.

Obs. XX. — Douleur tantôt à droite, tantôt à gauche ; maux de tête, abattement. 14 jours. 2 jours.

Obs. XXI. — 32 ans. Douleur bas-ventre ; repos au lit. 14 jours. 2-3 jours.

Obs. XXII. — 33 ans. Douleurs paroxystiques ; fosse iliaque droite ; irradiation cuisse droite. Plusieurs jours.

Obs. XXIII. — 38 ans. Douleur côté droit et hypogastre ; s'étend jusqu'à l'autre côté. 14 jours. Jusqu'aux règles suivantes.

Obs. XXIV. — 27 ans. Douleurs paroxystiques gauches procédant par accès ; ne se manifestent pas tous les mois. 13-14 jours. Jusqu'aux règles suivantes.

Obs. XX. — Douleurs région ovarienne gauche. Milieu de l'espace intermenstruel. 4-5 jours.

Obs. XXVI. — 40 ans. Douleurs légères et pertes sanguines. Milieu de l'espace intermenstruel. 1/2 journée.

Obs. XXVII. — 47 ans. Coliques utérines et pertes sanguinolentes. 15 jours.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Bien que la crise revête en général une symptomatologie assez caractéristique et constante, et que la malade attire souvent elle-même l'attention sur ces troubles, un interrogatoire minutieux et patient, et un examen attentif de la malade sont indispensables pour éliminer tous les faits hétérogènes pouvant prêter à confusion dans le diagnostic étiologique. En effet, les affections les plus diverses peuvent faire saigner, peuvent faire souffrir, comme nous le montrerons plus loin...

D'autre part, quoique existante, elle reste souvent méconnue, — parce que les accidents sont masqués — comme cela arrive fréquemment — par des troubles liés à une affection de l'utérus ou des annexes (par exemple le tableau clinique, page 42), et il faut savoir la dépister dans des cas pareils pour pouvoir instituer un traitement approprié.

Il faudrait, tout d'abord, que les phénomènes se reproduisent périodiquement, et avec une régularité parfaite tous les mois.

Il faut éliminer ensuite :

1° Les cas de règles se produisant tous les quinze jours (règles de quinzaine) ;

2° Les cas de dysménorrhée prémenstruelle ;

3° Il faudrait en principe qu'il n'y ait pas de lésion utéro-ovarienne très apparente (1) ; mais cette condition n'est pas absolue, et l'on peut admettre qu'une lésion bien nette puisse créer ce syndrome en rendant plus apparent le phénomène physiologique consistant dans une congestion intermenstruelle (voir pages 19, 20).

Bouilly rapporte un cas d'une femme atteinte de fibrome utérin, et chez laquelle des pertes sanguines sont apparues régulièrement chaque mois, douze jours après la fin des règles, et se prolongeaient jusqu'aux nouvelles règles.

On a également observé des exemples d'écoulement hydorrhéique chez une femme atteinte de fibrome de l'utérus, seulement au lieu de se reproduire tous les mois, il présente souvent des intermittences.

4° On évitera de confondre les douleurs intermenstruelles avec :

- a) Les douleurs de la salpingo-ovarite ;
- b) La névralgie lombo-abdominale ;
- c) Une poussée de pelvi-péritonite ;
- d) La névralgie ovarienne ;
- e) L'appendicite.

a) Les douleurs de la salpingo-ovarite sont continues, et s'exaspèrent par la fatigue, et surtout par la marche. Elles s'exagèrent par la pression sur la fosse

(1) Rappelons que, d'après Bouilly, les organes génitaux des femmes qui présentent ces accidents, quoique apparaissant cliniquement sains, n'en présentent pas moins des signes de sclérose (*petites lésions en évolution*).

iliaque, et même la décompression est souvent douloureuse, ce qui peut d'ailleurs arriver aussi chez les femmes extrêmement nerveuses et hyperesthésiques.

La présence de signes propres à cette affection tranchera la diagnostic.

b) On ne confondra pas les douleurs intermenstruelles avec la névralgie lombo-abdominale, car elles ne siègent pas dans la paroi abdominale elle-même, comme la névralgie abdomino-lombaire, et ne sont pas réveillées par une pression superficielle ; en outre, elles ne présentent pas les mêmes localisations correspondant à l'émergence des filets nerveux sur lesquels la moindre pression détermine une douleur très nette.

c) Dans les cas d'une poussée de pelvi-péritonite, la douleur excessive, la présence de signes physiques démontrée par le toucher combiné au palper, le passé génital, la température élevée avec mauvais état général, mettront sur la voie du diagnostic.

d) Il ne faudrait pas confondre non plus la douleur intermenstruelle avec la névralgie ovarienne ; elle ne présente pas généralement une acuité si excessive, ni une prédilection marquée pour le côté gauche comme l'hyperesthésie ovarienne. De plus, l'ovarialgie offre quelque chose de caractéristique qui peut empêcher d'en méconnaître la cause. La pression sur la région ovarienne provoque en effet quelquefois, une véritable crise d'hystérie plus ou moins accentuée, tandis qu'une pression assez forte peut faire avorter ou arrêter l'attaque. La présence des stigmates de l'hystérie assurera encore le diagnostic.

Il est vrai que la coïncidence des troubles inter-

menstruels avec un état nerveux très marqué est fréquente ; mais, dans ce cas, la coexistence d'un écoulement muqueux ou sanguinolent, la périodicité des accidents permettent de reconnaître la part qu'il faut attribuer au nervosisme dans la production de la douleur.

e) L'appendicite est facilement diagnostiquée par ses signes propres, et le défaut de périodicité et de régularité parfaite caractérisant la crise intermenstruelle.

Quant aux pertes — elles peuvent donner lieu à une fausse interprétation : Page 47, nous avons vu des pertes sanguines périodiques ayant débuté douze jours après la fin des règles, se produisant chez une femme atteinte de fibrome utérin, et un autre exemple d'écoulement hydrorrhéique chez une fibromateuse. Mais on ne doit pas attribuer toujours l'apparition de pertes glaireuses ou sanguinolentes, coexistant d'ailleurs le plus souvent avec des douleurs, à une affection de l'utérus. L'écoulement hydrorrhéique n'a pas toujours des rapports avec un fibrome ou un hydrosalpinx, qu'on peut quelquefois rencontrer, mais qui n'est pas responsable de cette hydrorrhée périodique, comme on l'avait longtemps admis (voir Etiologie et Pathogénie).

L'absence de lésions utéro-annexielles mettra sur la voie du diagnostic ; mais, en face de lésions de cet appareil, il suffit de rappeler les caractères propres de la crise intermenstruelle : Douleur et écoulement se reproduisant périodiquement, avec une régularité parfaite tous les mois, et si l'écoulement existait aupara-

vant, l'exagération des pertes à une période déterminée devra mettre l'esprit en éveil.

Dans un certain nombre de cas (voir Etiologie, page 55), sans avoir rien constaté pendant la crise, on pourrait trouver, dans un des culs-de-sac vaginaux, deux ou trois jours après la crise, qui généralement aura été très brusqué, un empâtement ; ces hémato-cèles cataméniales consécutives à une hémorragie provenant du follicule après sa rupture ou du corps jaune, sont à distinguer de celles qui peuvent être dues à un avortement tubaire ou à des hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne.

Avant de finir ce chapitre, nous tenons à reproduire les lignes suivantes, écrites par Vignes, pour attirer l'attention sur certaines erreurs possibles à l'examen, et qui doivent être évitées :

« A propos de ces vagues congestives, qui peuvent
« modifier totalement les signes physiques fournis
« par l'examen gynécologique, je tiens à rappeler,
« une fois de plus, les sensations diverses perçues au
« niveau de l'ovaire pendant le cours du mois ; tel
« follicule un peu gros, tel corps jaune un peu gros,
« a pu être interprété comme un kyste ovarien, com-
« me une tumeur solide, comme une salpingite, com-
« me une gestation ectopique ; un examen pratiqué le
« lendemain fait constater la disparition de la masse
« anormale. Bien des salpingites, miraculeusement
« guéries sont des ovaires scléro-kystiques, gonflés
« momentanément par le processus de l'ovulation ».

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

HISTORIQUE

Pour expliquer les phénomènes de la crise intermenstruelle, on avait émis les hypothèses nombreuses et variées dont nous tracerons brièvement l'évolution historique avant d'exposer les théories actuelles.

En 1842, Brière de Boismont, citant dans son ouvrage sur la menstruation le cas de certaines femmes, qui, dans l'intervalle de deux menstruations normales, sont prises d'un écoulement sanguin analogue à celui des règles, cherche à démontrer que, les retours périodiques des règles sont complètement indépendants des différentes phases lunaires.

Dubois et Pajot attribuent l'écoulement sanguin à une turgescence du tissu érectile de l'utérus ; mais comme on ne peut, chez les jeunes filles, accuser le coït ou l'excitation répétée de produire cette turgescence dans l'intervalle intermenstruel, ils invoquent un éréthisme nerveux, une pléthore du système vasculaire — conditions commandées par l'excitation qui caractérise l'évolution d'une fonction non encore équilibrée.

Négrier, en 1858, signale également des règles surnuméraires survenant vers le milieu de l'espace intermenstruel, et qu'il rattache à un excès de la fonction ovarienne donnant lieu à un redoublement du processus, qui déclanche la menstruation ; le fonctionnement des

ovaires, dans ce cas, serait alternatif, l'ovaire droit provoquerait l'un des écoulements menstruels, l'ovaire gauche déterminerait l'autre.

Pour Courty, en 1866, qui se rattache à l'opinion de Tilt, il s'agit de règles intermédiaires — règles de quinzaines — chez des femmes atteintes de lésions organiques ou nerveuses du système utéro-ovarien.

Chez plusieurs femmes, écrit-il, sans que les règles se rapprochent, sans qu'elles viennent deux fois par mois, on observe, vers la fin de l'espace intermenstruel, des signes de molimen ou de fluxion utérine et ovarienne, rappelant le tableau de l'époque menstruelle ; seulement, ce tableau est raccourci, il est incomplet..., etc...

Priestley, en 1874, incrimine comme cause du syndrome de la crise, l'existence d'une sclérose des couches superficielles de l'ovaire en sorte que le follicule aurait peine à se rompre.

La menstruation intermédiaire de Courty est admise par Fasbender (1875) et Bouilly (1897) ; pour ce dernier, ce syndrome ne se rencontre jamais chez des femmes atteintes de lésion grave de l'appareil utéro-annexiel. Les organes génitaux des femmes présentant ces accidents, quoique paraissant cliniquement sains, n'en présentent pas moins des signes de sclérose en évolution ; la crise serait donc la conséquence de petites lésions chez les nerveuses, déterminant des poussées congestives, qui expliqueraient les douleurs de la région ovarienne et l'hypersécrétion utérine.

En ce qui concerne l'hydroporrhée, on a cru, jusqu'à Lisfranc (1836), qu'il s'agissait d'une « hydropisie de la matrice ». Lisfranc — pour vérifier cette hypothèse — a exploré l'utérus à plusieurs reprises par le vagin, le rectum, l'hypogastre, avec les précautions les plus minutieuses ; mais à part l'engorgement, le volume de l'utérus a toujours été trouvé le même ; il a même intro-

duit l'extrémité mousse d'une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine et il n'a jamais rien trouvé ; il conclut alors que le flux hydrorrhéique était le produit d'une exhalation soudaine de la surface utérine.

Une autre théorie, soutenue surtout par Addinsell, Croom, est celle de « l'hydropisie tubaire intermittente », qui, arrivée à maturité dans la période intercalaire viderait son contenu dans l'utérus (ou quelquefois, l'écoulement se ferait, non pas par l'orifice utérin, mais par une fistule vaginale communiquant avec le kyste) ; la « douleur » ne serait pas ovarienne, mais consécutive aux efforts de la trompe pour chasser le liquide à travers l'orifice utérin partiellement fermé ; la « périodicité » de l'évacuation s'expliquerait d'après Croom par l'hypothèse de l'ovulation récurrente ; ce processus étant suffisant pour produire du côté de la trompe la tension musculaire et nerveuse nécessaire à l'issue du liquide.

Vers la fin du dernier siècle, on avait déjà donné à la crise une interprétation qui se rapproche en partie de celle qui est courante actuellement. Lorsqu'il y a excitabilité morbide de tout le système nerveux ou des nerfs de l'ovaire, due à une maladie de ces organes, l'excitation provoquée par l'ovulation s'accomplit plus rapidement, de façon à se terminer en moins de quatre semaines, et à déterminer une poussée réflexe, sous forme de congestion des organes génitaux.

Cette poussée congestive se manifeste du côté de l'ovaire par des douleurs, et dans l'utérus, elle détermine une modification de la circulation vaso-motrice, ce qui a pour conséquence la production d'une sécrétion plus ou moins exagérée, se manifestant extérieurement par un écoulement glaireux, hémorragique ou hydrorrhéique. Ordinairement, l'écoulement est muqueux, glaireux ; l'écoulement sanguin semble être favorisé par la présence des lésions d'endométrite assez fréquente. Quant à l'hy-

drrorrhée, le liquide hydrorrhéique, lui aussi, provient des glandes de l'utérus, et s'écoule au fur et à mesure qu'il est élaboré sous forme de décharges. Les recherches sur la crise intermenstruelle, assez avancées déjà, comme nous le voyons, vers la fin du siècle dernier, grâce aux travaux de Priestley (1871-1872), Fasbender (1874), Palmer (1892), Sorel (1895), Croom (1895), Bouilly (1897), Addinsll (1898), Brodier (1899), Fassina (1899), etc... elles sont reprises et continuées par Whitelocke (1902), Dreman Jennie (1903), Jourdain (1903), Cameron (1904), Dalche (1912), Mlle Popelin (1914), Stratz (1924), Novak (1924), Adler (1927), Lehmann (1927), Tolmasoff (1928), cotte, etc..., et contribuent beaucoup à éclairer la question.

Voici quelles sont les conceptions sur les troubles intermenstruels tendant à se faire valoir plus ou moins à présent :

Ces accidents ne relèvent sûrement pas toujours de la même cause. Dans un certain nombre de cas, d'après Cotte, ils seraient consécutifs à une véritable hématoçèle cataméniale, qui semble accompagner la rupture du follicule, se traduisant cliniquement par des phénomènes paroxystiques, qui peuvent aller jusqu'à la perte de connaissance, et pouvant se révéler au toucher par un petit empâtement d'un des culs-de-sac vaginaux.

Il a eu l'occasion d'observer plusieurs cas pareils, dont un, tout à fait net, qu'il nous rapporte : il s'agissait d'une jeune fille, dont l'ovulation « défectueuse » avait donné lieu successivement à de l'aménorrhée temporaire et à des métrorragies abondantes qui nécessitèrent même une fois un tamponnement. Une

autre fois, elle vint le consulter parce qu'elle avait présenté, au cours de son travail une douleur aiguë dans le bas-ventre, avec tendance syncopale. Quelques heures après, cet orage s'était calmé ; mais deux jours après, alors qu'il n'avait jamais rien constaté d'anormal au toucher, il fut surpris de trouver un peu d'empâtement dans le cul-de-sac vaginal gauche. La malade qui était réglée tous les quarante jours environ, était au vingt-cinquième jour de ses règles ; quinze jours après, l'empâtement total avait disparu ; les règles se passèrent normalement.

Dans les cas où il y a beaucoup de sang dans l'abdomen, comme cela se voit quelquefois, on tend à admettre plutôt que l'hémorragie ne provient pas du follicule, mais du corps jaune en évolution, qui est beaucoup plus richement vascularisé que le follicule, dont les hémorragies ne seraient jamais très abondantes.

Pour ces accidents, est très souvent responsable l'ovarite scléro-kystique qu'on trouve presque toujours dans les cas où l'on a été amené à intervenir...

Pour l'explication pathogénique, dans ce cas, on incrimine une rupture folliculaire difficile, et entravée par la résistance de l'albuginée scléreuse, ou peut-être la maturation d'un follicule trop profondément situé, ayant de ce fait de la difficulté à atteindre la surface de l'ovaire, ce qui détermine des tiraillements sur les filets nerveux (lésés d'ailleurs déjà par l'ovarite parenchymateuse), qui sillonnent l'ovaire, et provoque ainsi des phénomènes douloureux.

Cotte croit que, puisque la maturation d'un follicule

s'accompagne d'un oedème périthéal qui prépare et facilite sa rupture, on peut se demander si ce n'est pas plutôt à la suite d'un afflux sanguin insuffisant que l'ovulation se fait mal, à moins que les hormones folliculaires, troublées dans leur composition chimique et dans leur mode d'action, soient seules en cause, et qu'elles ne créent un déséquilibre vago-sympathique qui entraîne une vaso-dilatation utérine exagérée qui s'accompagne elle-même de troubles physiopathiques à distance plus ou moins accusés. Sans doute est-il difficile de dire si l'excitation pathologique, qui traduit le trouble de l'ovulation, est le fait d'un trouble de développement mécanique, ou si elle n'est pas plutôt en rapport avec un trouble sécrétoire endocrinien (réflexe endocrino-sympathique) ; mais, du reste, est-il possible que ces deux processus interviennent, soit isolément, soit conjointement ?...

Au total, la crise intermenstruelle traduit un trouble de l'ovulation, et à l'origine de tout cela, il y a presque toujours de petites altérations parenchymateuses de l'ovaire ; il est très probable que c'est le neuro-arthritisme, l'hérédité, la constitution émotive, et névralgique, qui interviennent pour amplifier les malaises inhérents à la lésion ovarienne.

Il y a encore beaucoup d'autres facteurs d'ordre local ou général qui peuvent intervenir dans l'étiologie de la crise ; mais le mécanisme de leur action est commun à tous. En effet, on trouve toujours à l'origine de la crise :

1) Soit une *hyperexcitation* directe ou réflexe des filets sympathiques ou parasympathiques qui assurent

l'innervation de l'appareil utéro-annexiel, par suite de l'existence d'une lésion locale ou d'une lésion viscérale extra-génitale.

2) Soit encore une *hyperexcitabilité* pathologique de ces mêmes filets dont l'hypersensibilité est mise en éveil par le jeu de l'ovulation, et provoque ainsi les accidents caractérisant la crise. L'excitation des nerfs peut porter, soit sur les filets sensitifs (douleur), moteurs (coliques), vaso-moteurs (hyperémie), soit sur les filets sécrétoires (flux leucorrhéiques ou hydrorrhéiques) (1).

Sans agir toujours sur tel ou tel élément nerveux, à l'exclusion des autres,

1) On comprend facilement l'hyperexcitation lorsqu'il existe une tumeur liquide ou solide au niveau de l'ovaire, l'existence dans le parenchyme ovarien d'un petit fibrome, d'un kyste dermoïde, d'un endométrio-me ou d'un kyste hématique constitue une épine irritative qui peut, à l'occasion de la maturation du follicule, être la cause des phénomènes douloureux ; de même, dans l'ovaire hypoplasique, scléreux ou sclérokystique, le follicule en voie de maturation, gêné dans son évolution par la résistance du parenchyme ovarien sclérosé, détermine — comme nous l'avons dit ci-dessus — des tiraillements sur les filets nerveux qui

(1) Comme nous l'avons dit page 53, la sécrétion est ordinairement leucorrhéique. Les décharges hydrorrhéiques s'expliquent par rétention passagère, plus ou moins longue des sécrétions dans la cavité utérine par une contracture de l'orifice interne ; l'écoulement sanguinolent est favorisé par la présence de lésions d'endométrite, assez fréquentes.

sillonnent l'ovaire, et provoque des phénomènes douloureux...

Dans le même ordre d'idées, il faut interpréter les accidents intermenstruels consécutifs à une congestion ovarienne exagérée, prolapsus d'ovaire, mobilité exagérée de ce dernier ou de l'utérus. Quant aux causes locales siégeant hors de l'ovaire, susceptibles de déterminer le même syndrome, nous citerons quelques-unes: les péri-ovarites, les tumeurs du ligament large surtout lorsqu'elles s'étendent vers le ligament utéro-sacré, les paramétrites qui englobent les éléments du plexus hypogastrique dans une gangue inflammatoire ou scléreuse, les fibromatoses utérines, salpingites, hydro-salpinx, etc...

2) En ce qui concerne l'hyperexcitabilité, elle peut être :

a) Congénitale, et liée à la constitution de l'individu, neuro-arthritique émotif, à déséquilibre vago-sympathique, ou

b) Consécutive à une névrite pelvienne d'ordre toxique infectieux (syphilis, tuberculose, etc...), ou humoral. Car il est très probable que certaines intoxications chroniques, aussi bien que certaines modifications du milieu humoral liées peut-être elles-mêmes à un trouble endocrinien — rendent le système nerveux plus sensible; c'est cette hypersensibilité, mise en éveil par le jeu de l'ovulation, qui provoque les accidents de la crise intermenstruelle.

Adler attribue la crise à une irritation péritonéale d'origine chimique, mécanique ou toxique, consécutive à la rupture du follicule.

D'autres auteurs sont allés même jusqu'à considérer la crise intermenstruelle comme un résultat d'un choc colloïdoclasique consécutif à la résorption du globule polaire expulsé...

Mais, même si réellement les choses se comportaient de cette façon, on doit faire rentrer dans la pathogénie, ici, aussi, le déséquilibre vago-sympathique, créé par le fonctionnement défectueux de la glande endocrine de l'ovaire. En effet, comme l'a écrit notre maître, M. le Professeur Perrin, dans « Rapports du sympathique et des glandes endocrines en Pathologie » (rapport présenté au XVII^e Congrès Français de Médecine, Bordeaux, 29 septembre 1923, page 52 : syndromes colloïdoclasiques), « le rôle des glandes endocrines dans les phénomènes du choc colloïdal est de première importance si l'on juge par la remarquable expérience de Lanzenbert et Kepinow. »

.....
.....

« C'est là une confirmation expérimentale d'une relation déjà vue en clinique où de nombreux auteurs avaient constaté une intervention des glandes endocrines sur les phénomènes d'ordre colloïdoclasique. »

.....
.....
.....

« Parmi les facteurs qui ont pu, dans l'organisme réaliser le terrain propice au développement des phénomènes de choc, en un mot, parmi les causes de la diathèse colloïdoclasique, il en est une, qu'une observation attentive des malades permet d'incriminer »

« miner dans un certain nombre de cas, c'est le fonctionnement défectueux des glandes à sécrétion... »

Nous reproduirons encore quelques lignes de la page 22 du même rapport, où il s'agit des syndromes qu'on a rapportés à une dysovarie : « Mais ces phénomènes nerveux organo-végétatifs (réserve faite pour l'origine mécanique de certains d'entre eux), sont-ils dus à une suppression ou à un mauvais fonctionnement de la sécrétion interne de l'ovaire. »

« L'existence de celle-ci est incontestable, prouvée par des arguments cliniques et hématologiques, mais on ne sait pas exactement de quelle façon, et dans quelle mesure elle possède la propriété de provoquer ou d'empêcher des réactions nerveuses d'ordre sympathique... »

En nous rapportant aux lignes ci-dessus, nous pouvons comprendre aussi que l'insuffisance peut être responsable pour la crise intermenstruelle, et que l'opothérapie est capable d'amener dans certains cas la guérison. (Obs. V de M. Binet.)

Quelquefois, on relève un accouchement incidenté, laborieux, ou un avortement dans le passé de la malade, mais ceux-ci ne peuvent être incriminés qu'à cause de leur retentissement souvent fâcheux sur les organes génitaux.

Avant de clore ce chapitre, nous présenterons brièvement l'idée d'ensemble qu'il faut se faire sur la crise intermenstruelle.

D'après ce que nous avons écrit plus haut (pages 19, 20, vagues de Stapfer, vagues de Marion Marsh, l'hypotension dans la zone génitale au milieu du mois

menstruel de Van de Velde, la fluxion du demi-mois est un phénomène physiologique, qui est lié directement à l'ovulation.

On admet qu'il y a, entre cette fluxion et l'ovulation, synchronisme et rapport de causalité ; l'ovulation déterminerait ce syndrome, et les « suites d'ovulations » détermineraient la menstruation. Normalement, cette fluxion, consécutive à l'ovulation, est discrète, et passe inaperçue, comme c'est le cas chez la majorité des femmes, mais pour provoquer des troubles notables, il faut, soit une lésion locale amenant une maladie de l'ovulation, soit un tempérament nerveux et congestif qui favorise et rend plus apparente l'action de la première vague menstruelle sur un organe qui ne porte pas de lésions cliniques appréciables (Vignes).

Nous grouperons les antécédents, les maternités, les résultats de l'examen génital, des femmes qui forment l'objet des observations.

Obs. II. — 3 enfants. Négatif.

Obs. III. — Nullipare, malgré désir ardent. Ovaires nettement scléro-kystiques.

Obs. IV. — Nullipare. Kyste d'ovaire gauche. Ovaire droit scléreux.

Obs. V. — Accouchement avec basiotrypsie ; une fausse couche de 2 mois. Insuffisance ovarienne.

Obs. VI. — Père diabétique ; mère neuro-arthritique ; deux sœurs : nullipare, unipare ; antécédents personnels : accès de goutte ; nullipare. Tumeur ovarienne.

- Obs. VII. — Tempérament nerveux ; unipare (forceps).
Utérus en antéverson ; salpingite ; 2 ovaires kystiques.
- Obs. VIII. — Accouchement il y a 4 mois ; unipare. Utérus rétroversé, érosion du col ; sur la paroi vaginale droite, masse arrondie fluctuante.
- Obs. IX. — Accouchement il y a 6 mois ; unipare. Utérus sensible ; corps dans le cul-desac postérieur.
- Obs. X. — Nullipare ; pas de fausses couches ; fièvre typhoïde ; parésie du membre inférieur droit ; père et mère morts d'apoplexie. Examen général négatif.
- Obs. XI. — Anémie ; souffrante ; nullipare. Antéflexion utérine ; endométrite et colpité chronique.
- Obs. XII. — Nullipare ; une fausse couche. Antéflexion utérine, par rétraction des ligaments sacro-utérins ; sténose de l'orifice externe.
- Obs. XIII. — Scarlatine. Examen génital négatif.
- Obs. XIV. — Fibrome sous-muqueux ; ovaire droit kystique ; hydrosalpinx à gauche.
- Obs. XV. — Hydrosalpinx gauche ; utérus rétrofléchi.
- Obs. XVI. — Nullipare. Noyaux fibreux ; salpingite.
- Obs. XVII. — Utérus fibromateux, rétrofléchi ; tuméfaction du ligament large gauche.
- Obs. XVIII. —
- Obs. XIX. —
- Obs. XX. — Nullipare. Utérus rétrofléchi ; endométrite.
- Obs. XXI. — 4 enfants.
- Obs. XXII. — Nullipare. Tumeur adhérente à l'utérus.

Obs. XXIII. — Opération pour fistule vaginale ; accouchement il y a 8 ans ; unipare. Ovaire adhérent à l'utérus.

Obs. XXIV. — Deux enfants, le deuxième âgé de six ans. Utérus rétrofléchi ; du côté du ligament large gauche, épaissement et rigidité.

Obs. XXV. — Nullipare. Ovaire gauche sensible ; empâtement autour de l'ovaire.

Obs. XXVI. — Deux enfants, dernier accouchement il y a 6 ans (forceps).

Obs. XXVII. — Deux enfants. Fibrome.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

LE TRAITEMENT SERA :

1° SYMPTOMATIQUE ; 2° CAUSAL

I. — La MÉDICATION SYMPTOMATIQUE ne vise qu'à palier aux effets de l'ovulation pathologique, mais ne prévient pas la malade contre le retour des accidents. On aura à lutter contre les phénomènes congestifs, ou contre les phénomènes névralgiques, ou contre les deux ensembles.

Ici, plus qu'ailleurs, il faudra tenir compte, entre autres, de la susceptibilité particulière de chaque malade, car les diverses malades ne réagissent pas pareillement au même médicament, et tandis qu'une telle médication agira à coup sûr chez l'une, une deuxième ne sera soulagée que par une autre.

Contre l'*élément congestif*, on pourra essayer : les préparations à base d'hamamélis, et d'hydrastis canadienais. Cotte les fait prendre du huitième au vingtième pour après le début des règles. D'après lui, des tampons ou des ovules à la glycérine pendant deux à trois jours de suite seraient très avantageux.

Le massage gynécologique bien fait peut également

avoir une heureuse influence ; la diathermie n'a jamais donné de résultats bien appréciables, et elle exaspère même souvent les douleurs dans les formes névralgiques. On peut utiliser l'ergot de seigle, l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse, les injections vaginales chaudes...

Pour combattre la *douleur*, on aura recours aux moyens courants :

1) *Réulsion* :

a) Frictions excitantes, révulsives : alcool, térébenthine, baume opodeldoch ou calmants sédatifs : préparations belladonnées et opiacées, baume tranquille, baumes chloroformés, huile de jusquiame, laudanum, liniments chloroformés salicylés, etc...

b) Salicylate de méthyle en pommade.

c) Teinture d'iode, feuilles d'ortie (urticarisations), sinapismes.

d) Ventouses sèches ou scarifiées.

e) Pointes de feu.

f) Réfrigération : pulvérisation de chlorure de méthyle, stypage avec siphon, applications sur tampon, application du chloroforme au niveau de la région douloureuse.

g) Vésication et mouches de Milan.

h) Cautéres.

i) Fulguration (haute fréquence).

2° *Chaleur* :

a) Cataplasmes.

b) Compresses chaudes.

c) Chaleur électrique (passage d'un fer à repasser électrique sur l'endroit douloureux).

d) Air chaud : bains, douches...

3° *Lumière* : elle ne donne des résultats que dans les douleurs superficielles.

4° *Hydrothérapie.*

a) Bains chauds sédatifs.

b) Enveloppements humides.

c) Douches locales chaudes à 40-50 degrés.

d) *Petits lavements chauds au sérum, à 48-50° que la malade doit prendre couchée, sans pression, tous les jours, feront obtenir, d'après Cotte, les meilleurs résultats.*

5° *Electrothérapie.*

Cotte emploie l'*effluation intravaginale ou intrarectale avec une ampoule de Mac-Intyre*, avec succès.

Quant aux agents médicamenteux, il a recours volontiers aux préparations à base de jusquiame, de passiflore et pour calmer l'irritabilité du système nerveux, il fait prendre en outre un peu de bromure ou de valériane ; le gardénal peut être utilisé avec profit.

II. — Le TRAITEMENT CAUSAL découle des notions étiologiques et pathogéniques qui précèdent. Mais il est souvent très difficile ou même impossible ; car les accidents ne reconnaissent pas toujours les mêmes causes, qui sont nombreuses et variées, et que nous ne sommes pas toujours en état de les préciser.

1° On recherchera l'existence d'une intoxication chronique, ou d'infections générales : syphilis, tuberculose, qui sont souvent la cause (voir page 57 à propos de l'hyperexcitabilité). Dans quelques cas, avec des douleurs trop tenaces et intolérables, jetant les malades dans un état de neurasthénie, Cotte a bien vu le traitement spécifique avoir une influence très heureuse...

2° Comme il s'agit généralement de nerveuses et d'arthritiques, on instituera le traitement hygiéno-diététique et médicamenteux approprié...

3° Si c'est l'ovaire qui paraît troublé dans son fonctionnement par insuffisance ou altération de ses produits de sécrétion interne, on essayera l'opothérapie.

Evidemment, les indications de cette dernière dans les troubles de molimen sont difficiles à préciser, car nous ne savons pas en quoi consiste exactement le dysfonctionnement de l'ovaire, et s'il est lui-même seul en cause, ou si les autres glandes endocrines n'interviennent en même temps dans le processus morbide.

4° Chez certaines femmes, la crise est le fait d'une congestion ovarienne exagérée ; mais alors, elle est passagère et disparaît ou s'atténue sous l'influence du repos.

5° S'il s'agit d'un prolapsus de l'ovaire ou d'une mobilité exagérée de cet organe, le repos suffira généralement ici aussi à amener la détente ; l'ovariopexie ne serait à envisager qu'à la suite d'un échec total de tous les autres moyens.

6° Dans les cas de mobilité exagérée de l'utérus, le

port d'un pessaire sera très utile ; il permettra en tous cas, en faisant disparaître cette mobilité, de voir la part qu'elle peut avoir dans la genèse des accidents et peut conduire à une intervention (fixation ligamentaire de l'utérus), qui mettra fin pour toujours aux accidents.

7° Si l'on admet que les accidents de la crise sont le résultat d'un choc colloïdoclasique, on cherchera, comme pour tous les accidents anaphylactiques, à désensibiliser progressivement l'organisme en provoquant au besoin un choc d'ordre thérapeutique (peptones, chlorure de calcium préconisé par Netter, citrate de soude, employé par Coyon, hyposulfite de soude, utilisé par Lumière, dans le traitement des accidents anaphylastiques, autoséro-, autohémothérapie, etc...).

8° Contre le déséquilibre vago-sympathique, presque toujours en cause — comme nous avons vu plus haut — on pourrait employer les agents médicamenteux qui agissent sur le couple nerveux végétatif (ésérine, jaborandi, pilocarpine, etc...).

9° D'une intervention chirurgicale sont justiciables :

a) Les cas purement chirurgicaux : par exemple, les tumeurs liquides et solides de l'ovaire, l'ovarité scléro-kystiques, hydrosalpinx, les tumeurs du ligament large, tumeurs des organes pelviens de voisinage, etc., également la salpingite, prolapsus de l'ovaire, mobilité exagérée de l'utérus, etc..., si tous les traitements moyens ont échoué, réclament l'intervention.

b) Lorsque les douleurs sont trop tenaces, dans les cas surtout où elles se prolongent pendant tout l'in-

termenstruum, la situation devient souvent intolérable et jette les malades dans un état de neurasthénie qui les fait prendre souvent pour de véritables névropathes et c'est l'*intervention* qui reste la seule planche de salut. En effet, il est très possible qu'il s'agit d'une ovulation défectueuse, conditionnée par une altération quelconque de l'ovaire ou d'un organe de voisinage, qui peut très bien échapper à l'examen clinique, ce qui peut être une indication d' « aller voir », c'est-à-dire de faire une laparatomie exploratrice... ; mais dans ce cas, il faudrait en outre — suivant l'avis de notre maître, M. le Professeur Binet, auquel nous nous rallions — faire encore la sympathectomie *chimique* (par une solution de tricrésol à 60 pour cent dans des ampoules stérilisées de 300 cc. injectée au niveau du promontoire, sous le péritoine pariétal postérieur et au niveau des deux ailerons de l'ovaire...) ; cette sympathectomie *chimique* est sans doute beaucoup plus avantageuse que la sympathectomie *chirurgicale* (1) parce qu'elle est d'une technique infiniment plus facile que la sympathectomie chirurgicale et 2) elle agit non seulement sur le plexus hypogastrique qui innerve l'utérus, mais aussi sur le plexus spermatique ou ovarien.

Nous reproduisons les lignes suivantes, écrites par

Pour les détails sur la sympathectomie chimique et sur sa technique, voir :

1) La Sympathectomie chimique en gynécologie; Premier Congrès de la Société de Gynécologie, Paris, 5 octobre 1932 ;

2) Les applications de la sympathectomie chimique en gynécologie. Thèse de Nancy, 1932, faite par Mlle Bayer, sur l'inspiration de M. Binet.

Cotte, et qui contiennent plusieurs précisions relatives aux interventions sur l'ovaire pour les cas qui précèdent.

« ... De toute évidence, sauf aux approches de la
« ménopause, il faut tout faire pour éviter une catas-
« trophe totale. Mais que faire ? Le choix de l'inter-
« vention sera guidé, bien entendu, par l'état des
« ovaires. Dans la majorité des cas, l'ovaire, plus ou
« moins scléreux, est pris dans une sorte de gangue
« inflammatoire qui le symphyse à la partie posté-
« rieure du ligament large. sur la paroi latérale du
« pelvis, ou au contact des ligaments utéro-sacrés. »

« Sa libération peut quelquefois suffire à faire dis-
« paraître les douleurs, mais les adhérences, en se
« reproduisant, peuvent amener la récurrence des dou-
« leurs. Lorsque les lésions sont unilatérales, le mieux
« est évidemment de faire la castration unilatérale;
« mais si les lésions sont bilatérales, il est préférable
« de faire une résection étendue des deux ovaires,
« Je ne sais pas si l'énervation de l'ovaire, préconi-
« sée par Dupont et Lhermite donne d'aussi bons ré-
« sultats. Je n'en ai pas une expérience suffisante.
« Pour agir efficacement sur la sensibilité de l'ovaire,
« il serait peut-être préférable d'agir sur les rami-
« communicantes correspondantes. Je ne crois pas que
« cela ait jamais été fait. En tous cas, je mets en
« garde les chirurgiens contre la résection du nerf
« présacré. Quand il existe une plexalgie hypogas-
« trique asociée, la résection du sympathique calme
« la dysménorrhée, et supprime les douleurs utérines

« ou vésicales, mais elle laisse persister les douleurs
« de l'ovaire. Cela n'est pas étonnant, puisque les
« nerfs de l'ovaire viennent du plexus spermatique et
« se détachent du tronc-souche au-dessus des nerfs
« qui vont former le plexus hypogastrique.

« Pour lutter contre la sclérose de l'ovaire, j'ai eu
« recours plusieurs fois, il y a quelques années déjà,
« à la greffe de l'épiploon à l'intérieur de l'ovaire,
« de façon à fournir à celui-ci un pédicule vasculaire
« de supplément. Une de mes malades, opérée de
« cette façon, reste guérie depuis dix ans. Mais j'ai
« toujours craint que l'adhérence qui résulte de la
« fixation du bord libre de l'épiploon dans l'ovaire
« constitue un jour un agent d'étranglement pour les
« anses intestinales, et c'est ce qui m'a fait abandon-
« ner cette méthode. Comme il s'agit, d'ailleurs, le
« plus souvent, dans ces cas de femmes dont l'appar-
« eil génital est trop altéré pour permettre une gros-
« sesse, je préfère actuellement les traiter par une
« transplantation de l'ovaire dans l'épiploon (greffe
« libre intra-épiploïque de l'ovaire). Cela permet de
« conserver la menstruation. J'ai eu recours à ce pro-
« cédé une vingtaine de fois, et je n'ai vu qu'un cas
« où l'ovulation était encore quelquefois un peu dou-
« loureuse. Ceci est assez étrange, puisque l'ovaire
« ainsi transplanté avait été complètement privé de
« ses connexions nerveuses. Peut-être y avait-il, dans
« ce cas, une altération pathologique des éléments
« nerveux de l'ovaire qui ont persisté à réagir dou-
« loureusement sous l'influence de l'évolution du fol-
« licule ou de ses sécrétions hormonales. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Pour cette observation, classique, très connue et très instructive, se reporter à (Sorel, *Gazette Médicale de Picardie*, 9 novembre 1886).

OBSERVATION II (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Vermelin,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy)

Mme C..., 30 ans. Régulée régulièrement chaque 28 jours, depuis l'âge de 13 ans ; a eu trois enfants, et le dernier accouchement remonte au 10 juin 1929. A toujours été bien réglée depuis, sans aucun incident. Depuis janvier 1932, elle a éprouvé, pendant les mois de février et mars — exactement quatorze jours après les règles — une vive douleur abdominale qui n'a duré que deux heures chaque fois. L'examen génital a été négatif à cette époque. Depuis, la menstruation est régulière ; il n'y a plus aucune douleur.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Vermelin,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy)

Mme S..., 32 ans. Régulée irrégulièrement jusqu'à son mariage qui a eu lieu à 22 ans. Depuis ce moment, les

règles ont été régularisées; mais n'a obtenu aucune grossesse, malgré son vif désir. Depuis deux ans, après chaque règle, et à peu près dans le milieu de l'intervalle menstruel, elle éprouve une douleur abdominale qui l'oblige à rester alitée une journée. A l'examen, utérus normal, mais ovaires durs volumineux, nettement scléro-kystiques.

OBSERVATION IV (inédite)

*(Due à l'obligeance de M. Vermelin,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy)*

Mme R., 24 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans; femme de robuste constitution et de bonne santé habituelle; mariée en 1930. Depuis le courant de 1931, les règles ont été moins régulières, avec retard fréquent et douleurs assez marquées. En juin 1931, on trouve l'utérus en bonne position, mais un kyste de l'ovaire gauche; opération sans incident. A cette occasion, on note que l'ovaire droit est nettement scléreux. Depuis l'opération, règles régulières, mais entre le douzième et le quinzième jour du début de celles-ci, douleur abdominale droite très accentuée qui dure quelques heures.

OBSERVATION V (inédite)

*(Due à la bienveillance de M. Binet,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy)*

Mme D., 33 ans. Premier accouchement à 32 ans (en 1930), et une fausse couche de deux mois en juillet 1931. Elle vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes blanches abondantes qui surviennent

tous les mois depuis l'âge de 23 ans, quinze jours avant les règles, et qui durent deux jours. Ce sont des douleurs à crier en s'asseyant, éprouvées surtout dans le fondement et dans le pubis. On note de l'adiposité ayant débuté après l'accouchement. Les règles, peu abondantes, ne durent que trois jours ; mais elles sont régulières et sans aucune douleur. Poids : 90 kilogrammes.

Le diagnostic d'insuffisance ovarienne paraissant vraisemblable, le traitement ordonné comprend des injections d'extraits d'ovaire, thyroïde, et le régime approprié. Après trois semaines, amaigrissement de 3 kilogs, les règles, plus abondantes, durent cinq jours. Les accidents intermenstruels ont presque disparu.

OBSERVATION VI (inédite)

(*Personnelle*)

Mme N..., 29 ans.

Antécédents héréditaires : le père, diabétique, est mort de pneumonie. La mère, neuro-arthritique, s'était mariée à 24 ans ; elle n'obtint une grossesse, malgré son vif désir, qu'à l'âge de 36 ans. Elle reste unipare et à 38 ans s'établit déjà la ménopause. Avec celle-ci, disparaissent les accidents intermenstruels qu'elle avait manifestés régulièrement depuis l'âge de 27 ans. Mais, fait remarquable, les deux sœurs de la mère, nullipares, souffraient elles aussi horriblement à la suite d'une crise intermenstruelle revenant régulièrement tous les mois depuis plusieurs années. L'une d'elles s'est suicidée à la suite d'une crise très violente, en se jetant par la fenêtre dans la rue ; et la deuxième, après avoir subi une opération pour une ovarité scléro-kystique, par un chirurgien de Bucarest, entre dans une clinique pour suivre un traitement contre l'arthritisme.

Antécédents personnels : plusieurs accès de goutte — réglée régulièrement ; quinze jours après le début des règles, douleurs dans la région ovarienne droite et des pertes sanguines durant deux jours. A l'examen, on diagnostique une tumeur ovarienne. Les divers traitements médicaux ont échoué. On n'a plus depuis de nouvelles de la malade.

OBSERVATION VII

(*Fassina, Thèse, Paris, 1899*)

Dans cette observation, il s'agit d'une femme L..., âgée de 23 ans, d'un tempérament nerveux, et d'une très grande impressionnabilité, qui, il y a dix-huit mois, a eu un accouchement laborieux, avec application de forceps. Réglée à 17 ans, elle a eu une menstruation régulière et normale ; mais depuis son accouchement, ses règles avancent ou retardent de quelques jours ; leur durée et leur quantité sont augmentées ; elles sont douloureuses pendant tout le temps de l'évacuation, et accompagnées souvent de l'expulsion de petits caillots par le vagin. Aucune douleur, ni avant, ni après.

Cependant, douze à quinze jours après le début des règles, la malade est prise subitement de douleurs très vives dans la région hypogastrique, douleurs lancinantes, cuisantes, irradiant vers les reins, l'obligeant à suspendre son travail, et à garder le lit. En même temps, il se produit un écoulement blanchâtre, semblable à des glaires, survenant par intervalles dans la journée. Cette crise cesse après trois jours pour réapparaître avec autant d'intensité à l'époque intermenstruelle suivante.

Au toucher, salpingo-ovarite, peu douloureuse, et utérus en antéversion, gros et douloureux.

Laparotomie : extirpation de deux ovaires kystiques

de la grosseur d'un œuf de pigeon ; la malade sort, et depuis, on n'a plus de ses nouvelles.

OBSERVATION VIII

(*Fassina, Thèse, Paris, 1899*)

La malade qui fait l'objet de cette observation, âgée de 27 ans, a accouché, il y a quatre ans. Pas de fausses couches.

Motif de la consultation : de violentes douleurs dans le bas-ventre, localisées surtout à droite, ayant débuté deux mois après l'accouchement, et se reproduisant depuis cette époque tous les mois, régulièrement, dix jours après la fin des règles qui durent cinq jours, donc quinze jours après le début des règles. Ces douleurs, souvent accompagnées de nausées, coïncident toujours avec un écoulement hydorrhéique intermittent et abondant. L'accès cesse au bout de deux jours pour revenir régulièrement à la même époque, et avec les mêmes caractères.

A l'examen, utérus en rétroversion ; le corps gros, sensible, le col augmenté de volume, avec des érosions autour de l'orifice externe. Sur la paroi vaginale droite, on sent une petite masse arrondie, fluctuante, de la grosseur d'une noisette, et implantée au niveau de l'orifice du col ; au-dessous, le doigt tombe sur une ulcération à bords cicatriciels provenant sans doute d'un kyste rompu. Dilatation de l'utérus avec des lamineaires ; mais la malade, impatiente, énervée, quitte l'hôpital à la veille du curetage.

OBSERVATION IX

(*Fassina, Thèse, Paris, 1899*)

Mme X..., 31 ans, réglée à 14 ans, régulièrement et nor-

malement. A eu un seul enfant, accouché normalement il y a déjà six ans. Trois ans après l'accouchement, les règles augmentent de durée et d'abondance, et sont précédées de douleurs pendant deux à trois jours. Mais, depuis plusieurs années, elle est prise, tous les mois, dix jours après la fin des règles, d'une violente douleur dans l'hypogastre, avec pesanteur dans les reins et le fondement, en même temps que ses pertes, glaireuses jaunâtres, augmentent, et cessent avec les douleurs au bout de 24 heures.

A l'examen, le col regarde en avant, le corps occupe le cul-de-sac postérieur. Utérus sensible ; rien aux annexes ; dilatation avec des lamineaires, curettage ; mais les douleurs intermenstruelles persistent.

OBSERVATION X

(*Lebhard, Thèse Fassina*)

La nommée B... Françoise, âgée de 38 ans, entre à la Charité, le 2 octobre 1898, salle Briquet, n° 29, se plaignant de ne pouvoir marcher, son membre inférieur droit ne remuant presque plus.

Antécédents héréditaires : Père mort à l'âge de 68 ans d'une attaque d'apoplexie ; mère décédée à 58 ans de vieillesse ?

Antécédents personnels : La malade a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans ; pas d'autres maladies ; aucun signe de syphilis.

Pas d'accouchement ni de fausses-couches.

Il y a six mois, elle commence à ressentir des douleurs au niveau du genou et du pied droit, douleurs continues, mais cependant supportables, pour lesquelles elle va consulter à la Salpêtrière. On lui prescrit des bains sulfureux, quelque temps après les mouvements de son mem-

bre inférieur droit deviennent lourds, difficiles et arrivent finalement à l'impotence.

Actuellement, la malade est couchée, le membre droit dans l'ertension absolue ; pas de raideur musculaire. Lorsqu'on lui recommande de faire quelques mouvements, elle essaye, mais en vain, de remuer son membre. Le réflexe rotulien de ce côté est exagéré ; pas de trépidation épileptoïde. Léger retard de la sensibilité à la douleur. Les sensations thermiques sont conservées.

A gauche, les mouvements sont normaux, pas de troubles sensitifs. Lorsqu'on trace avec le doigt des raies sur la peau, immédiatement apparaissent des traînées rougeâtres indiquant une vaso-dilatation très accentuée.

L'anesthésie pharyngée et cornéenne existe. La malade n'a jamais eu de crises de nerfs ; mais elle déclare être très impressionnable. Une sensibilité assez marquée est réveillée par la compression ovarienne.

Organes génitaux : réglée à l'âge de 11 ans, toujours régulièrement jusqu'à ces temps derniers. Les règles durent de trois à quatre jours, mais avec douleurs dans les reins, et au bas-ventre, cessant aussitôt que l'écoulement apparaît. Il y a six mois, en même temps que s'établissaient les phénomènes de parésie du côté du membre inférieur droit, un trouble tout particulier se produit. L'écoulement hémorragique a lieu deux fois par mois ; l'un correspondant aux règles habituelles, et durant le temps ordinaire ; l'autre se produisant quinze jours environ après le début. La perte de sang est alors moins abondante, ne dépasse pas deux jours de durée. La veille, la malade accuse quelques maux de reins, et une sensation douloureuse dans la région hypogastrique.

L'examen des organes génitaux ne révèle rien de particulier.

La malade, traitée par l'amiantation, sort guérie de sa paralysie au bout de trois mois, mais les écoulements intermenstruels persistent.

OBSERVATION XI

(*Fasbender, Berliner Klin. Wochens. 1874*)

La malade, âgée de 24 ans, brune, célibataire, anémique, l'air souffrant, est réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, tous les trente jours. L'écoulement sanguin, était toujours peu abondant, mais précédé pendant un seul jour d'une violente douleur dans le bas-ventre, de maux d'estomac, de l'abattement, et aussi d'une sensation de froid et de frissons. Depuis plusieurs années, la malade accuse de légères pertes blanches.

Mais, depuis deux ans (La malade est nullipare), des douleurs semblables à celles des époques menstruelles se produisaient d'une façon régulière, 14, 15, 16 jours après chaque règle, accompagnées d'un écoulement muqueux par le vagin, plus abondant que d'habitude.

Ce fait frappa si bien la malade qu'elle attire elle-même l'attention sur ces troubles, sans qu'on l'interroge à ce sujet. Ces douleurs, contre lesquelles elle a usé pendant longtemps toutes les ressources de l'art, ont provoqué chez elle les symptômes de l'hystérie. Elle se trouve dans un état de dépression voisin de la mélancolie.

Etat des organes génitaux après le premier examen, il y a trois semaines.

Antéflexion à angle aigu, endométrite et colpité chroniques ; érosions de l'orifice utérin ; dans la région ovarienne, et autour de l'utérus, rien d'anormal.

Au mois de janvier, les troubles signalés plus haut s'étant manifestés de nouveau 15 jours après les règles, je trouvai, à l'examen, une congestion intense de tous les organes génitaux, et une augmentation de l'écoulement vaginal.

OBSERVATION XII

(*Fasbender, Berliner Klin. Wochens. 1874*)

Madame Sch..., âgée de 32 ans, bien portante dans son enfance, a été réglée à l'âge de 17 ans, régulièrement au début. Elle est mariée depuis quatre ans, et n'a pas eu d'enfants. Il y a deux ans, elle eut un écoulement très abondant qui fut pris pour une fausse-couche par un médecin, bien qu'elle n'accusât aucune suppression de règles. Après cet écoulement, des douleurs dans le bas-ventre l'obligèrent à se coucher pendant toute une journée. Les règles, depuis cette époque sans doute, se sont montrées d'une façon précise toutes les quatre semaines, mais accompagnées de douleurs profuses. La malade déclare sans avoir été interrogée à ce sujet, que, dans le milieu de l'intervalle de deux règles, elle est prise d'une perte de sang avec des douleurs analogues à celles de la menstruation. Elle accuse en même temps une sensation douloureuse dans le côté gauche. Un médecin l'a traitée par des sangsues. Lorsqu'elle se présenta, le 25 avril 1871 pour la première fois à la clinique, voici ce que je constatai.

Le ventre n'est pas sensible à la pression, les organes génitaux externes sont normaux ; le vagin est suffisamment étroit ; le col de l'utérus est petit et en forme de cône. Tout autour, du col, on sent des cicatrices allongées. On peut suivre, jusqu'à une certaine distance le col de l'utérus, qui se trouve rejeté vers le sacrum. En avant, on trouve le corps de l'utérus en antéflexion marquée. Le toucher ne révèle rien d'anormal. Au spéculum, on voit l'orifice utérin rétréci, et sillonné de raies bleuâtres.

Après cet examen, je diagnostiquai : antéflexion de l'utérus par rétraction des ligaments sacro-utérins ; sténose de l'orifice externe du col (*Mittelschmerz*).

L'étiologie était la suivante : depuis deux ans, il s'était produit dans l'utérus, et tout autour de lui, un processus inflammatoire, qui avait donné lieu à la sténose, puis à la rétraction des ligaments.

Contre les douleurs, je prescrivis des injections vaginales calmantes, de petits vésicatoires sur le bas-ventre, des lavements d'huile chaude.

Le 11 mai, le Mittelschmerz apparaît avec un écoulement modéré de mucosités striées de sang.

Le 30 juin, la malade se trouve mieux, et le Mittelschmerz est cette fois insignifiant.

Aux mois de juin, juillet, août, les règles furent assez abondantes. La malade employa des suppositoires au bromure de potassium, et à la morphine contre les douleurs, comme à l'époque de ses règles. En outre, je prescrivis plusieurs fois de l'ergot de seigle, et des injections vaginales en partie astringentes, en partie calmantes.

En septembre, les règles étaient peu abondantes, et accompagnées de douleurs modérées. Le Mittelschmerz ne s'était plus reproduit depuis plusieurs fois.

En octobre, les règles ne sont plus douloureuses, peu abondantes, et la malade depuis le commencement de novembre jouit d'un état de santé très satisfaisant.

OBSERVATION XIII

(*J. Halliday Croom, Edimbourg Journ. Méd.*)

C'est le cas d'une jeune fille de 18 ans, que j'ai vue pour la première fois à la clinique du docteur Simpson vers 1873. Elle se plaignait d'une très vive douleur, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et qui se produisait très régulièrement quatorze ou quinze jours après ses règles. Cet état durait depuis l'âge de 14 ans ; donc deux ans avant la première menstruation qui avait eu lieu à 16 ans.

Je n'ai pu constater aucune anomalie, soit des ovaires, soit des trompes ou de l'utérus. Après ce premier examen, je la vis plus ou moins régulièrement pendant treize ou quatorze ans. Durant cette époque, la menstruation se produisait régulièrement, et les douleurs intermenstruelles persistaient. Pour combattre ces douleurs, elle était obligée, chaque mois, de se servir de quantité assez considérable de morphine. Plus tard, elle se maria, et puis quitta le pays. Il est à remarquer que ces douleurs commencèrent après une attaque très grave de scarlatine, vers l'âge de quatorze ans.

OBSERVATION XIV

(J. Halliday Croom, Edimbourg Journ. Méd.)

Une femme fut envoyée dans ma salle pour une hémorragie excessive avec dysménorrhée très accentuée. Elle se plaignait en même temps d'une douleur vive, se produisant régulièrement vers le quinzième jour après les règles. La douleur était très aiguë, et localisée dans le côté gauche ; elle était accompagnée quelquefois d'un léger écoulement, soit de sang, soit d'un liquide clair.

Après l'avoir examinée avec soin, je constatai que l'utérus mesurait trois pouces et demi et contenait du côté droit un fibrome sous-muqueux. Après un traitement qui consista en un curettage, elle sortit ; mais elle revint au bout de quelques mois, présentant les mêmes symptômes, tous considérablement aggravés. Pour arrêter les hémorragies qui étaient devenues extrêmement abondantes, il fut décidé de lui enlever les annexes. C'est ce qui fut fait. L'ovaire droit était légèrement kystique, et la trompe épaissie. Du côté gauche, l'ovaire était normal, mais il y avait un hydrosalpinx très marqué. Il faut noter dans ce cas que la malade était âgée de 35 ans, et ne souffrait de douleurs intermenstruelles que depuis cinq ans.

OBSERVATION XV

(*J. Halliday Croom, Edimbourg Journ. Méd.*)

Il y a quelques années, une femme de 25 ans se présenta à l'asile de Saint-Luke. Elle souffrait d'une dysménorrhée très marquée qui se produisait pendant les trois premiers jours de la période menstruelle. Elle fut soignée, et puis renvoyée ; mais elle revint quelques mois après toujours souffrante. Un examen attentif montra l'utérus quelque peu large et rétrofléchi. L'état des annexes était apparemment normal.

Pendant son séjour assez prolongé à l'asile, et avant toute opération, mon attention fut attirée par le fait suivant : la malade se plaignait de douleurs assez vives du côté gauche, environ quinze jours après la menstruation : c'était une douleur analogue à celle dont elle souffrait pendant l'époque menstruelle, mais bien moins vive. Je l'ai examinée à ce moment-là, et j'ai observé l'état décrit plus haut, mais il y avait aussi un empâtement très net du côté gauche, sans pouvoir cependant en déterminer la nature.

Après l'avoir interrogée, j'ai appris que la malade accusait ces douleurs régulièrement depuis cinq ans, et que les douleurs duraient environ deux heures. Pour traiter sa dysménorrhée, on dilata le col utérin ; après quoi elle fut renvoyée. Mais, quelques mois plus tard, elle fut ramenée par sa maîtresse, qui déclara que la jeune femme était incapable de travailler, et qu'elle serait obligée de la congédier si on ne la guérissait pas. Plusieurs remèdes furent essayés, mais sans résultats. Plus tard, après m'être concerté avec le médecin qui la soignait ; je pris la résolution de lui enlever les ovaires. J'ai trouvé, à gauche, une hydrosalpynx très marquée.

Le fait de la présence de l'hydrosalpynx de la grosseur

d'un œuf de poule, m'amena à la conclusion suivante : c'est que je me trouvais en présence d'un de ces cas de « hydrops tuboe profluens », et cette conclusion fut entièrement vérifiée dans la suite ; en effet, bien que l'extraction des ovaires et des trompes n'arrêtât ni la menstruation ni la dysménorrhée, le Mittelschmerz cessa pendant au moins un an après l'opération.

Depuis, je n'ai plus revu la jeune femme.

OBSERVATION XVI

(*Addinsel, Brit. Méd. Journ.*, 12 mars 1898)

Femme de 31 ans, célibataire, constipation ; la douleur intermenstruelle survient le 17^e jour et dure deux à trois jours ; noyaux fibreux et salpingite. Oophorectomie suivie de guérison.

OBSERVATION XVII

(*Addinsel, Brit. Méd. Journ.*, 12 mars 1898)

Femme de 28 ans, douleur dans la région ovarienne gauche, 12 ou 13 jours après la période, menstruation normale ; pendant les crises, écoulement d'un liquide épais. Utérus rétrofléchi, fibromateux ; tuméfaction élastique dans le ligament large gauche.

OBSERVATION XVIII

(*Addinsel, Brit. Méd. Journ.*, 12 mars 1898)

Femme de 33 ans, douleur intermenstruelle disparaissant après un écoulement.

OBSERVATION XIX

(*Carndo Still, Brit. Méd. Journ.*, 26 mars 1898)

J. K..., âgée de 23 ans, mariée, a toujours été bien portante. Les règles ont apparu normalement à l'âge de 13 ans, et ont continué ainsi, la période menstruelle étant de sept jours, et l'intervalle de 21 jours. Depuis trois ans, elle a commencé à avoir une période intermédiaire arrivant exactement au milieu de la période ordinaire, et durant de 24 à 48 heures. L'écoulement paraît être le même dans tous les cas. Une douleur légère se fait sentir spécialement dans la région ovarienne, comme à la période menstruelle normale. La mère de la malade a eu aussi une menstruation intermédiaire semblable pendant douze mois, vers l'âge de vingt ans.

OBSERVATION XX

(*Murray, Société obstét. d'Edimbourg*, 11 déc. 1895)

Il s'agit d'une jeune femme, célibataire ; qui a été soignée par le docteur Reid (de Glasgow). Le docteur Reid la traite pour une endométrite, avec hypertrophie de l'utérus et rétroversion. Lorsque je l'observai, l'endométrite était presque guérie. Mais elle se plaignait de ce qu'elle appelait elle-même une douleur intermédiaire « middle pain », qui apparaissait chez elle le quatorzième jour après le début des règles. La douleur était intense ; elle siégeait tantôt à droite, tantôt à gauche, et était accompagnée de maux de tête violents et d'abattement. La douleur atteignait son maximum d'acuité le deuxième jour, puis cessait brusquement. La malade ne trouvait un soulagement que dans l'usage de fortes doses de bromure de

potassium, qui produisait chez elle une sorte de stupeur. Rien d'anormal ne fut constaté du côté de la trompe ou des ovaires. Ces derniers n'étaient pas plus sensibles qu'ils ne le sont ordinairement. Cependant, durant la crise douloureuse, les ovaires paraissent sensibles. L'emploi continu de douches chaudes amenèrent une diminution très notable de ses souffrances au bout de quelques mois ; quelque temps après, les symptômes d'endométrite s'aggravèrent, à la suite d'une exposition à l'humidité, et au froid. La malade commença à souffrir d'une dysménorrhée intense, et après avoir essayé en vain plusieurs remèdes, je dilatai le col ; la cavité utérine fut curettée et cautérisée ; le traitement fit disparaître la dysménorrhée ; mais le « middle pain » persista, malgré une légère amélioration.

OBSERVATION XXI

(*Murray, Société obstét. d'Edimbourg, 11 déc. 1895*)

La malade est une femme mariée, âgée de 32 ans, elle a quatre enfants. Ses règles sont normales comme quantité et régulières. Mais 14 jours après le commencement de la période menstruelle, elle est prise d'une douleur violente dans la partie inférieure de l'abdomen, douleur qui dure deux jours, quelquefois trois. Elle est obligée de se coucher pendant ce temps ; la douleur cesse brusquement. Ces troubles ont débuté trois ou quatre ans avant son mariage. Un fait intéressant à signaler est que ses quatre enfants sont nés quinze jours avant terme, et la malade affirme que le seul moment où elle éprouve du plaisir sexuel est le premier ou le deuxième jour qui suit la crise douloureuse, tandis qu'elle ne ressent aucun plaisir à tout autre moment.

OBSERVATION XXII

(*Vachell, Brit. Méd. Journ.*, 1872)

Ew..., âgée de 33 ans, fut admise à King College Hôpital, le 6 janvier 1879. Mariée depuis 18 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, elle remarqua que l'écoulement menstruel était peu abondant, et que, dans l'intervalle, elle avait de la leucorrhée. Depuis quelque temps auparavant, elle commençait à souffrir de douleurs pendant la période intermenstruelle. Au début, la douleur était légère ; puis elle augmenta peu à peu d'intensité, et finalement, elle obligea la malade à garder chaque mois le lit pendant plusieurs jours. La malade raconte que cette douleur se produisait dix jours avant la période menstruelle régulière ; elle débutait subitement, commençant dans le dos pour se propager dans toute la fosse iliaque, et s'étendre dans la cuisse droite. Les accès étaient ordinairement paroxystiques, et des crises de douleurs très vives alternaient avec des périodes d'accalmie. Mais dans aucun moment de la crise, il n'y avait absence totale de douleur. La malade raconte que la région où la douleur atteignait son maximum d'acuité était le bas-ventre, et surtout la portion située entre la symphise pubienne, et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Trois ou quatre jours avant le commencement de l'écoulement menstruel, la douleur disparaissait.

Le jour de son admission à l'hôpital, c'est-à-dire une semaine avant la crise douloureuse, je remarquai au toucher une légère sensibilité du côté de l'ovaire droit mais aucun gonflement n'était appréciable extérieurement. Dans le vagin, cependant, on pouvait sentir, du côté du ligament large droit une grosseur de consistance élastique et assez dure du volume d'une noix. Cette grosseur était appréciable par le toucher et le palper combinés.

La malade se portait assez bien jusqu'au 14 janvier, quand la douleur ancienne reparut comme d'habitude. Pendant la nuit, elle eut trois accès très vifs. Le 15, la douleur fut si intense qu'on dut lui faire une injection hypodermique d'un 1/6 de gramme de morphine. La malade fut un peu soulagée, mais la douleur ne cessa complètement que le 19, c'est-à-dire 9 jours après. Pendant ce temps, la belladone, le chloroforme et d'autres calmants furent administrés. Plus tard, de fortes doses de perchlorure de mercure furent données dans l'espoir de diminuer le gonflement qui était considéré comme une petite tumeur ovarienne adhérente à l'utérus. La malade quitta l'hôpital, légèrement améliorée.

OBSERVATION XXIII

(*Priestley, Brit. Méd. Jour.*, 19 oct. 1872)

16 février 1871. Mme C. A..., âgée de 38 ans, veuve depuis six ans, a eu un enfant, âgé aujourd'hui de 8 ans. Elle raconte qu'elle a subi une opération pour une fistule vaginale avant son mariage, et depuis elle n'a pas fait de maladie sérieuse. Elle ressent des douleurs violentes qui se produisent 14 jours avant la période menstruelle et qui disparaissent aussitôt l'écoulement catamenial établi. La douleur débute dans le côté droit de l'hypogastre et s'étend jusqu'à l'autre côté. L'écoulement menstruel est peu abondant, et se reproduit régulièrement.

La malade ignore quand elle a éprouvé cette douleur pour la première fois, mais celle-ci a considérablement augmenté depuis quelques mois, et quand elle se produit, la malade se trouve très indisposée. Pendant les trois ou quatre jours que dure la période menstruelle, et pendant la semaine ou les 10 jours qui suivent, elle n'éprouve

rien ; mais à la fin de ce temps « ça commence à s'accumuler », suivant son expression, et actuellement la crise douloureuse intermédiaire se reproduit avec la même régularité que les règles.

La palpation externe ne donne aucun renseignement, mais par le vagin, on trouve une masse arrondie sur le bord droit de l'utérus, à peine sensible, et de la grosseur d'une orange de Tanger. Il semble que cette tumeur est formée par l'utérus lui-même, rétrofléchi, mais la sonde introduite donne la longueur normale, et s'éloigne de la grosseur. Il est difficile d'affirmer si cette tumeur est d'origine ovarienne ou utérine, mais une certaine élasticité perçue par la pression nous fait présumer qu'il s'agit d'un ovaire adhérent à l'utérus.

OBSERVATION XXIV

(Priestley, Brit. Méd. Jour., 19 oct. 1872)

21 juillet 1871. Mme B..., âgée de 27 ans, mariée depuis 8 ans 1/2 ; a eu deux enfants, dont le dernier est né il y a six ans. Depuis, elle n'a pas eu de grossesse. A la suite de son dernier accouchement, elle a été très malade ; elle dit avoir eu une péritonite puerpérale. Après cette maladie, ses règles furent irrégulières pendant un certain temps. Actuellement, elles se sont régularisées, et précèdent la fin du mois lunaire de trois jours environ.

La malade se plaint d'une douleur survenant sans cause, et d'une façon paroxystique, environ 14 jours avant les règles. Elle commença à souffrir de cela un an après son accouchement. Elle a eu deux crises intermenstruelles très violentes, en décembre et au commencement de janvier. Il y avait un certain degré d'inconstance dans la production des crises, et quelquefois, il se passait un mois sans qu'elle se manifeste. La douleur commençait

au-dessus de l'aîne gauche et était suivie de sensibilité dans tout l'abdomen. Quand la crise était aiguë, la malade ne pouvait supporter aucune pression sur l'hypogastre, et quand elle cherchait un soulagement en se couchant sur le ventre ou le côté, elle trouvait aussitôt cette position intolérable. Les accès violents paraissaient être soulagés par une purge. C'était une douleur paroxystique, procédant par accès, et alternant avec des périodes d'accalmie relative. Il y avait une augmentation notable de l'intensité de l'accès au fur et à mesure qu'on se rapprochait des règles ; mais généralement un jour avant les règles, la douleur disparaissait complètement. La dernière fois, cependant, la douleur se continua jusque dans la période menstruelle suivante ; elle fut soulagée par l'apparition de l'écoulement sanguin, mais le soulagement ne fut très marqué que lorsque cet écoulement fut entièrement établi, et il resta une légère sensibilité dans tout l'abdomen longtemps après la disparition de la douleur. L'écoulement menstruel fut normal, et on n'y observa ni caillots ni membranes.

A l'examen, l'utérus parut un peu plus lourd que d'habitude, et partiellement rétrofléchi. Du côté du ligament large gauche, il y avait des traces d'anciens épaisissements et une rigidité de tissus, comme cela s'observe après une poussée de péritonite localisée ou de cellulite pelvienne. Il n'y avait aucun indice d'hypertrophie ovarienne ou de toute autre poussée morbide.

La malade était un peu soulagée par l'éther sulfurique, et le bromure de camphre. Elle recourait aux bains de siège pendant la crise douloureuse. Entre temps, elle prenait de l'iodure de fer, et appliquait extérieurement de la teinture d'iode. L'amélioration la plus sensible se montra après une cure d'eaux à Kreuzmach pendant l'été. Elle se sentit mieux que depuis des années. Il se passa deux intervalles intermenstruels sans crise, et l'épaississement du ligament large a presque disparu.

OBSERVATION XXV

(*Priestley, Brit. Méd. Jour.*, 19 oct. 1872)

Le sujet de cette observation est la femme d'un médecin ami.

La malade, mariée depuis quelques années, n'a pas eu d'enfants. Elle se plaint de douleurs intenses dans la région ovarienne gauche. Ces douleurs se produisent chaque mois, et invariablement vers le milieu de l'espace intermenstruel. Elles durent de quatre à cinq jours, puis disparaissent spontanément. La douleur existe depuis des années, et à coup sûr depuis l'âge de 18 ans. Elle a un caractère sourd et pénible, et provoque chez la malade tous les ennuis que peut créer la crainte d'une maladie utérine. L'écoulement menstruel est assez peu abondant, mais il est régulier. Les règles elles-mêmes ne sont pas douloureuses.

Un point curieux est à noter, c'est que lorsque la malade était à l'étranger, la menstruation fut suspendue, et la douleur était pire que lorsque les règles se produisaient régulièrement. Dans ce cas, il n'y avait rien de pathologique du côté de l'utérus, mais on pouvait constater une légère sensibilité dans la région ovarienne gauche et un empâtement très vague tout autour de l'ovaire comme on pouvait s'en assurer par le toucher vaginal. Il n'y avait pas eu de poussées inflammatoires auparavant. On donna à la malade du fer et du quinquina parce que la douleur fut regardée comme névralgique, et une cure d'eaux ferrugineuses, à Spa, produisit une amélioration très notable.

OBSERVATION XXVI (inédite)

(Due à la bienveillance de M. le Prof. Perrin)

Mme X..., 40 ans ; a eu 2 enfants ; le premier accouchement remontant à 8 ans a été très laborieux, avec application du forceps et mort de l'enfant ; le 2^me accouchement il y a 6 ans s'est passé normalement. A plusieurs reprises elle a été prise pendant la période intermenstruelle de douleurs légères accompagnées de pertes sanguines durant 1/2 journée ; ces accidents intermenstruels disparaissaient sans cause évidente.

OBSERVATION XXVII (inédite)

(Due à la bienveillance de M. le Prof. Perrin)

Mme X..., 47 ans ; règles très régulières tous les 24 jours, mais très abondantes et durant 5 jours et accompagnées de douleurs l'obligeant à garder le lit ; a eu 2 enfants âgés l'un de 25 ans et l'autre de 18 ans. Le 11 janvier, 15 jours exactement après le début des dernières règles (qui comme d'habitude duraient 5 jours 28 - 29 - 30 - 31/12, 1/1), elle fait un voyage en chemin de fer sur une distance de 99 km. et elle est prise de coliques utérines s'accompagnant de pertes sanguinolentes. A l'examen génital : fibrome de l'utérus.

CONCLUSIONS

I. — Pour pouvoir diagnostiquer l'existence du syndrome de la crise intermenstruelle, il faut :

1) Que les phénomènes se reproduisent périodiquement et avec une régularité d'horloge tous les mois. Et

2) Qu'on élimine tous les faits hétérogènes pouvant déterminer le même syndrome vers le milieu de l'espace intermenstruel ; d'autre part, ce syndrome, quoique existant, reste souvent méconnu, parce que les accidents sont masqués — comme cela arrive souvent — par des troubles dépendant de lésions plus ou moins marquées de l'utérus et des annexes — ce qui exige un examen très patient et minutieux, permettant de la dépister pour pouvoir instituer un traitement approprié.

II. — A l'origine de tous ces accidents, il y a presque toujours de petites lésions de l'ovaire qui, à l'occasion de la fluxion du demi mois, liée à l'ovulation, rendent plus apparent ce phénomène physiologique qui passe normalement inaperçu, et sans accidents. L'intensité des accidents, loin d'être en rapport avec le degré minime des lésions ovariennes, est consécutive à l'intervention d'autres facteurs : neuro-arthritisme, émotivité, hérédité, qui grossissent les malaises inhérents à la lésion ovarienne.

III. — Malgré la diversité et la multitude des causes, le mécanisme de leur action est presque partout le même : le déséquilibre vago-sympathique.

IV. — Le traitement étiologique est très difficile, par suite de l'impossibilité fréquente de préciser laquelle des causes si nombreuses et variées de la crise est responsable chez telle ou telle malade. Il ne faut donc pas s'étonner que les mêmes moyens thérapeutiques ne donnent pas toujours le même résultat ; dans des cas extrêmement rebelles, sans cause évidente, et après l'échec total de tous les moyens médicaux, on est autorisé à faire une *intervention chirurgicale exploratrice* qui permettra de trouver peut-être une altération quelconque de l'ovaire ou du voisinage qui a conditionné l'ovulation défectueuse, mais qui a échappé à l'examen clinique, et de faire en outre la sympathectomie chimique préconisée par M. le Professeur Binet. (Voir chapitre VI, page 69.)

Vu :

Nancy, le 26 Janvier 1933

Le Président de Thèse,

PERRIN.

Vu et approuvé :

Nancy, le 27 Janvier 1933

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 30 Janvier 1933

Le Recteur de l'Académie de Nancy,

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ADDINSEL (A.-W.). — Intermenstrual pain. (M. Obst. Soc. Lond., 1898-1899, XL, p. 137.)
2. ADLER. — Klinische Zeichen der Ovulation : die Ovulations-Perimetritis. (Klin. Woch., 1927, n° 45, Wien.)
3. BARADUC (Hippolyte). — Double prolapsus ovarien chez une hystérique (1882).
Compression ovarienne intravaginale produisant le transfert (1882).
Phénomènes d'ovulation tangibles (1882).
4. BERTHIER. — Névroses menstruelles, 1874.
5. BINET. — a) La vie sexuelle de la femme, 1932. 1 vol. L'Expansion scientifique française, édit.
b) La Sympathectomie chimique en gynécologie (Premier Congrès de la Société Française de Gynécologie, Paris, 5 oct. 1932).
6. BOUILLY. — Des poussées congestives intermenstruelles. (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1897.)
7. BRIÈRE DE BOISMONT. — De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques, 1842.
8. BRODIER (H.). — Les douleurs intermenstruelles périodiques. (C. R. Congrès périod. Internat. de gynéc. et d'obstétrique, 1899, Amsterdam, 1900, III, p. 587.)

9. CAMERON (S.-J.-M.). — Observations au Mittelschmerz (ou intermenstrual pain). (Soc. M. et S. J. Edimbourg, 1904, XV, p. 287.)
10. COTTE (Gaston). — *a)* Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)
b) Les ovulations douloureuses. (Revue franç. de Gynécologie et d'Obstétrique, mars 1930, p. 123-136.)
11. COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1866.
12. CRAINICIANU. — Traitement de l'insuffisance ovarienne (cité par Cotte).
13. CROOM HALLIDAY. — Edimbourg med. Journ., 1895, vol. 11.
14. DALCHE. — *a)* Congestions frustes intermenstruelles. (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 1912.)
b) Maladies de l'ovulation. (Vigot, Paris, 1925.)
15. DEPAUL et GUENIOT. — Doct. encycl. des Soc. méd. Art. Menstruation.
16. DREMAN (Jennie-G.) — Intermenstrual pain. (Med. News. N.-Y., 1903, LXXXII, p. 68.)
17. FASSINA. — Des douleurs intermenstruelles. (Thèse Paris, 1899.)
18. FASBENDER. — Zeitschr. Für Geburtsch. und Frauen k. 1875. (Berliner Klin. Woch., 1874.)
19. FISCHER (Henri). — La dysménorrhée, 1898.
20. GALLARD (T.). — Pathologie des ovaires ; la menstruation et ses troubles, 1884.
21. JOURDAIN. — Congestions frustes intermenstruelles. (Thèse Lyon, 1903.)

22. KRAUL. — Der Einfluss der Innervation auf den Eierstorte. (Arch. f. Gyn., t. 131, p. 600.)
23. LEHMANN. — Ueber Intermenstrualbeschwerden. (Médiz. Klinik, 1927, n° 47.)
24. MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduction française.
25. NEGRIER. — Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hyst. de la femme, 1858.
26. NOVAK. — Mittelschmerz und ovarielle Dysmenorrhö (Zent. f. Gyn., 1924, n° 27.)
27. PALMER. — Periodical Intermenstrual pain. (Tr. Am. Gynec. Soc. Phila., 1892, XVII, p. 47.)
28. PERRIN (Maurice). — Rapports du sympathique et des glandes endocrines en pathologie. (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1923.) Rapport présenté au XVII^e Congrès français de Médecine à Bordeaux, 29 septembre 1923.
29. POPELIN (Mlle). — Etude clinique de la crise intermenstruelle. (Thèse Paris, 1914.)
30. PRIESTLEY. — Brit. med. Journ., 1871 et 1872.
31. PAULY. — Maladies de l'utérus, d'après les leçons cliniques de Lisfranc.
32. BECHELOT. — Maladies de l'utérus. (O. Doin, édit., Paris, 1902.)
33. SOREL. — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la douleur intermenstruelle. (Gaz. Méd. de Picardie, Amiens, 1895, XIII, p. 192.)
34. STAPPER. — Les vagues utéro-annexielles, 1912, Paris, Masson, édit.
35. STRATZ. — Mittelschmerz und ovarielle Dysmenorrhö. (Zeits. f. Gynäk., 1924, n° 18, 3 mai, p. 962.)

36. STOLPER. — Menstruation et S. N. végétatif. (Wiener méd. Woch., 1923.)
 37. TOLMASOFF (S.-M.). — Causes of intermenstrual pain (I. Akusch. i Zhensk. boliez, 1928, p. 605-607.)
 38. VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes, 1929.
 39. WHITELOCKE (R.-H.-A.). — A cause of intermenstrual dysmenorrhoea (Mittelschmerz) cured by successive oöphorectomies. (Brit. Med. Journ. London, 1902, II, p. 1139.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Rappel histo-physiologique de l'ovulation chez la femme</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Troubles de l'ovulation</i>	23
CHAPITRE III. — <i>La crise intermenstruelle. Symptômes</i>	35
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic</i>	46
CHAPITRE V. — <i>Etiologie et Pathogénie</i>	51
CHAPITRE VI. — <i>Traitement</i>	64
<i>Observations</i>	73
<i>Conclusions</i>	95
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	97
